



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica
- Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A CIRURGIA EM CONTEXTO
AMBULATÓRIO

Ana Catarina Silva Mourão Teixeira

Lisboa
2018





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica
- Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A CIRURGIA EM CONTEXTO
AMBULATÓRIO

Ana Catarina Silva Mourão Teixeira

Orientador: Professora Maria Emília Brito

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A cada apelo da vida deve o coração estar pronto a despedir-se e a começar de novo.”

Hermann Hesse, in 'Elogio da Velhice'

À professora Emília Brito, pela sua constante disponibilidade, orientação e compreensão ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros dos locais de estágio, pela disponibilidade, apoio e colaboração. Com especial atenção aos colegas da Unidade de Cirurgia de Ambulatório pela sua participação e contributos.

Às pessoas idosas e famílias pela generosidade com que partilharam as suas vivências.

Aos amigos por compreenderem a minha ausência.

Finalmente, à minha família pelo apoio incondicional e dedicação que possibilitou a finalização do percurso. Em especial aos meus filhos por todas as brincadeiras e momentos irrecuperáveis.

RESUMO

O emergente progresso tecnológico associa-se a um aumento substancial dos procedimentos cirúrgicos nas pessoas idosas. Para esta população, o principal benefício da cirurgia em contexto ambulatorio (CA) advém da possibilidade em manter ou melhorar a sua independência e evitar o declínio funcional, facilitando a sua recuperação em meio familiar. Esta realidade impõe novos desafios e constrangimentos quer às equipas profissionais quer à pessoa idosa e família. Urge dar respostas atempadas e concertadas ao maior número possível de pessoas no menor espaço de tempo, incentivando os profissionais de enfermagem a assumir um papel cada vez mais ativo e de maior responsabilidade, na componente educativa subjacente aos cuidados prestados em CA. Neste âmbito, surge a implementação de um projeto visando desenvolver competências na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos e, implementar uma intervenção de enfermagem sistematizada na consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio. A metodologia escolhida foi o trabalho de projeto, fundamentado no quadro concetual de Collière e teoria das transições de Meleis. Desenvolveu-se uma intervenção estruturada, que se materializou com a elaboração de um instrumento de avaliação multidimensional da pessoa idosa e família submetida a cirurgia de ambulatorio e a sua implementação na consulta de enfermagem pré-operatória, bem como um guia orientador para dar suporte à equipa de enfermagem. Como principais etapas, evidenciamos: construção de um questionário para identificação de necessidades formativas; sessões de formação; aplicação do instrumento em consulta de enfermagem; auditorias e análise descritiva simples dos dados obtidos. Esta trajetória possibilitou a implementação do instrumento na consulta de enfermagem e a uniformização dos registos de enfermagem neste âmbito. Por limitação temporal não se obteve a aplicação sistemática do instrumento de avaliação, contudo pretendemos prosseguir com o trabalho realizado, dinamizando e motivando a equipa para a efetivação desta boa prática, dando assim continuidade um processo de mudança rumo à melhoria da qualidade e à obtenção de ganhos em saúde. O percurso realizado permitiu o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa idosa e família.

Palavras-chave: pessoa idosa; cirurgia de ambulatorio; avaliação multidimensional; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Emerging technological innovation is associated with an increased raising of the surgical procedures among elderly patients. The principal advantage of day surgery for elderly is the possibility to maintain or restore independence at the same time avoiding functional decline, recovering in their own environment. This reality creates new challenges and constraints to health professionals and elderly people and their families. High patient turnover during time-limited nurse-patient encounters should urge nurses to play a more active role in their responsibility towards elderly patient education. Due to this, a project has been initiated aiming the development of elderly nursing care skills in distinctive contexts and promoting a systematic nursing intervention to elderly people and their families during day surgery preoperative nursing consultation.

A project based learning methodology was conducted supported by theoretical framework of Collière and Meleis transitions theory.

The development of the structured intervention was undertaken within the creation of a nursing assessment tool for elderly during day surgery experience and its implementation on the preoperative nursing consultation, as well as a guidebook to support nursing staff. The main stages include the elaboration of a questionnaire for the identification of formative needs, staff education, application of the nursing assessment tool, audits and descriptive analysis of nursing data.

This path allowed the implementation of the nursing assessment tool on the preoperative nursing consultation and the standardization of the nursing records. Due to time constraints, the systematic implementation of the nursing assessment tool was not possible. However, we planned to continue this changing process towards the continuous improvement of quality and achieving health gains.

Keywords: elderly, day-surgery, multidimensional assessment, nursing care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CA – Cirurgia Ambulatória

CE – Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

CDE – Código deontológico do enfermeiro

CNADCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-Lei

DGS – Direção-Geral da Saúde

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MGF – Medicina Geral e Familiar

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Envelhecimento	16
1.2. A Pessoa Idosa na Cirurgia de Ambulatório	21
1.3. A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatório	23
1.4. Intervenção sistematizada de enfermagem no percurso da Pessoa Idosa na cirurgia de ambulatório	24
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	30
3. PROBLEMÁTICA	33
3.1. Diagnóstico da situação/Justificação do projeto	33
3.2. Finalidade e objetivos	35
4. METODOLOGIA	36
5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
5.1. Desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família	39
5.1.1. Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em contexto de cuidados de saúde primários e diferenciados.	39
5.2. Implementação de intervenções sistematizadas de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório	49
5.2.1. Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório.	50
5.2.2. Intervenção junto da equipa de enfermagem para cuidar da pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório	52
5.2.3. Intervenção como enfermeiro especialista na sistematização das intervenções de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório	59
5.3. Considerações éticas	66
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

Anexo I – Fatores de risco de delírio e disfunção cognitiva pós-operatórios

Anexo II – Comprovativo da formação

APÊNDICES

Apêndice I – Descrição dos objetivos delineados, das atividades e respetivos resultados esperados

Apêndice II – Cronograma de atividades

Apêndice III – Descrição da USF

Apêndice IV – Sessão de apresentação à equipa da USF

Apêndice V – Descrição da UCA

Apêndice VI – Estudo de caso

Apêndice VII – Apresentação formato “*journal club*”

Apêndice VIII – Sessão de divulgação do projeto de estágio

Apêndice IX – Questionário de avaliação das necessidades formativas da equipa de enfermagem

Apêndice X – Análise dos questionários aplicados à equipa de enfermagem

Apêndice XI – Plano da sessão de formação à equipa de enfermagem

Apêndice XII – Sessão de formação à equipa de enfermagem

Apêndice XIII – Avaliação da sessão de formação à equipa de enfermagem

Apêndice XIV – Guia orientador de avaliação e intervenção de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

Apêndice XV – Instrumento de colheita de dados para avaliação multidimensional

Apêndice XVI – Monitorização da utilização do instrumento de avaliação pela equipa de enfermagem

Apêndice XVII – Análise dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação

INTRODUÇÃO

A evolução demográfica, a crescente longevidade, a baixa natalidade e uma substancial melhoria dos cuidados de saúde nas últimas décadas, perspectivam Portugal como um dos países mais envelhecidos da Europa. Contudo, e segundo a mais recente literatura, na abordagem cirúrgica o fator idade não deve ser limitativo dessa intervenção pois os benefícios superam os riscos (De Oliveira, Holl, Lindquist, Hackett, Kim & McCarthy, 2015; Oster & Oster, 2015; Carlomagno, Tammaro, Scotti, Candida, Calogero & Santangelo, 2016).

A intervenção cirúrgica junto da pessoa idosa tem como principal objetivo manter ou melhorar a sua independência, ou seja, “a sua capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem” (WHO, 2002 citado por Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2006, p. 9) procurando facilitar a recuperação e evitar o declínio funcional¹ (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), 2016).

a cirurgia de ambulatório define-se como uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas (Portaria nº 132/2009).

Em crescente evolução e na agenda dos decisores políticos, como ilustra o Despacho n.º 1380/2018 de 08 de Fevereiro de 2018, a cirurgia de ambulatório (CA) e o seu modelo organizativo proporcionam uma visão em saúde, na qual todos os participantes retiram

¹ Declínio funcional – diminuição da capacidade para desempenhar tarefas de vida diárias, devido a redução da funcionalidade física e/ou cognitiva (Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chevalley, 2010).

benefícios, o cliente (qualidade², acessibilidade³, humanização⁴); o profissional (satisfação⁵) e o Estado (custos), detendo um potencial que deve ser rentabilizado (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDACA), 2008).

Com muitas vantagens, a CA é descrita como estando associada a benefícios económicos em termos de qualidade e eficiência, mas também a benefícios para os clientes, nomeadamente uma rápida recuperação e uma reduzida permanência em meio hospitalar, o que coloca novos desafios aos cuidados de enfermagem (Mitchell, 2010; Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012). A evidência científica suporta que um maior ênfase deverá ser dado ao desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, educação e informação (Mitchell, 2010; Hamström et al., 2012; Mitchell, 2014).

Cuidar da pessoa idosa na CA implica uma prestação de cuidados complexa, uma vez que o avançar da idade implica um maior risco de doença e, consequentemente, um maior risco de dependência⁶, a que se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010). As novas exigências no cuidado perioperatório, aliadas a um crescente aumento das pessoas idosas submetidas a cirurgia e as especificidades desta população em particular, constituem um novo paradigma que se impõe à enfermagem perioperatória e que urge dar resposta (Mitchell, 2010; Hamström et al., 2012; De Oliveira et al., 2015; Oster & Oster,

² Qualidade em saúde – prestação de cuidados de saúde, acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (DGS, 2006, p.17)

³ Acesso a cuidados de saúde: dimensão da equidade em saúde, definindo-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado (DGS, 2006, p.4).

⁴ Humanização – ato ou efeito de humanizar(-se), de tornar(-se) benévolo ou mais sociável (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2007); o artigo 89º do Código Deontológico, faz referência à humanização dos cuidados: “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

⁵ Satisfação profissional – um fenómeno multifacetado, complexo, circunscrito a determinada conjuntura organizacional, ambiental e pessoal, refletindo-se na atitude e estado emocional face ao trabalho (Correia, 2016).

⁶ Dependência – “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Decreto-lei n.º 101/2006, p. 3857). Incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, por se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2010, p. 5).

2015; Boltz, Capezuti, Fulmer & Zwicker, 2016). Entende-se como enfermagem perioperatória todas as atividades de enfermagem desempenhadas pelo enfermeiro de sala de operações durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do cliente (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2006).

A abordagem à pessoa idosa submetida a CA deverá ser multifacetada e multidimensional, além das alterações próprias decorrentes do processo de envelhecimento, existe a necessidade da identificação das comorbilidades associadas, bem como a otimização do estado clínico do cliente antes da cirurgia para obtenção de melhores resultados cirúrgicos (Stomberg, Segerdahl, Rawal, Jakobsson & Brattwall, 2008; APCA, 2016). Torna-se imprescindível uma rigorosa avaliação pré-operatória, de forma a obtermos informação sobre a competência funcional⁷ em que a pessoa idosa se encontra (Sequeira, 2010), permitindo delinear um plano de cuidados perioperatórios preditivo de adequadas intervenções, que permitam atingir um maior potencial terapêutico ao nível da prevenção da deterioração, bem como, contribuir para melhores resultados cirúrgicos, nomeadamente qualidade de vida⁸, segurança e satisfação (Stomberg et al., 2008; APCA, 2016).

A intervenção de enfermagem junto das pessoas idosas durante a trajetória perioperatória, deve ser precisa na avaliação e na gestão das necessidades específicas desta população. Se as vulnerabilidades ou os riscos não puderem ser reduzidos, devem pelo menos ser identificados de forma a que possam ser prestados os melhores cuidados que permitam retornar ao estado basal pré-operatório, após o processo cirúrgico (Oster & Oster, 2015; Malley, Kenner, Kim & Blakeney, 2015; Boltz et al., 2016).

⁷ Competência funcional – é a capacidade da pessoa idosa realizar as atividades de vida relacionadas com o seu autocuidado, as atividades instrumentais de vida diária necessárias à sua independência e as atividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva (Sequeira, 2010, p.42).

⁸ Qualidade de vida – é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com o meio ambiente (WHO, 1994 citado por DGS, 2016, p.17).

Para Sequeira (2010), qualidade de vida é uma percepção individual relativamente a diversas dimensões: i) a física: sintomas físicos; ii) a funcional: capacidade da pessoa para o autocuidado, mobilidade e tarefas familiares; iii) a psicológica: função cognitiva, emocional, percepção global de saúde e iv) a social: interação da pessoa com o seu ambiente (Sequeira, 2010, p.4).

A preparação para a cirurgia em clientes idosos requer uma detalhada discussão de forma a permitir partilhar quais os resultados espetáveis, possíveis riscos e perceber quais são os objetivos de cuidados que o cliente pretende (Marwell, Heflin & McDonald, 2018). A avaliação multidimensional em contexto de CA permite um amplo diagnóstico das condições físicas, psíquicas e sociais da pessoa idosa, possibilitando a sistematização e monitorização dos cuidados (Santos, 2014). Particularmente aos enfermeiros, impõe-se a necessidade de adaptação e reorganização na prestação de cuidados afim de dar resposta às particularidades desta população (AESOP, 2006).

Após reflexão sobre o atual contexto onde decorre a nossa prática profissional, percecionamos que na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) a percentagem de clientes com idade igual ou superior a 65 anos, intervencionados neste regime, tem vindo a aumentar. O procedimento multissetorial em vigor na instituição hospitalar onde a UCA se insere, define a consulta de enfermagem em CA como um elemento essencial da prestação de cuidados ao cliente e que a mesma permite informar, identificar e responder às expetativas e necessidades, melhorando o conforto e a segurança. Contudo, não existe qualquer diferenciação na avaliação pré-operatória dos clientes com idade igual ou superior a 65 anos. Analisando as etapas do percurso do cliente da UCA, que constam do referido procedimento, também constatamos que não está contemplada nenhum tipo de abordagem perioperatória com enfoque na pessoa idosa.

Face às mais recentes orientações publicadas, sobre a melhor evidência científica para sustentar e guiar as equipas que prestam cuidados perioperatórios a clientes idosos em contexto de CA (Boltz et al., 2016; Marwell et al., 2018), no sentido de promover o bem-estar e qualidade de vida, bem como na otimização dos resultados cirúrgicos para a pessoa idosa e os seus familiares, surge o desafio de construir um projeto que contemple a avaliação multidimensional da pessoa idosa em contexto da consulta pré-operatória de enfermagem em CA e implemente as orientações de enfermagem perioperatória no cuidado à pessoa idosa.

Na temática em estudo optou-se como referencial para a prática de cuidados de enfermagem a abordagem antropológica de Collière e a Teoria das Transições de Meleis.

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a reflexão sobre a problemática em estudo justificou a pertinência em desenvolver um projeto atual e com grande relevância clínica.

De acordo com a definição dos níveis de desenvolvimento de competência clínica (Benner, 2001; McCormack 2010), face ao desempenho profissional na prestação de cuidados à pessoa idosa e família, consideramos a experiência de quinze anos em contextos hospitalares médico e cirúrgico, e em instituição residencial para pessoas idosas. Podemos definir o estado competente como o ponto de partida para a concretização do projeto.

Assim, para o desenvolvimento de competências⁹ de mestre e de especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010; Decreto-Lei (DL) nº74/2006, procedemos à implementação deste projeto focado no cuidado de pessoas idosas e família em contexto da CA, desenvolvendo intervenções de enfermagem sistematizadas pela evidência científica, com o objetivo último de melhorar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde¹⁰.

Desta forma, como objetivos gerais pretendemos: 1. Desenvolver competências na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos; 2. Implementar uma intervenção de enfermagem sistematizada na consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio.

A metodologia utilizada consiste no trabalho de projeto, na qual o investigador procura a resolução de um problema real identificado no contexto da prática de cuidados, implementando intervenções e estratégias, sempre fundamentado e baseado na evidência científica (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

⁹ Competência – é a combinação de conhecimento, aptidões, atitudes, valores e julgamentos, que resultam numa atuação que satisfaz a amplitude das competências esperadas [McCormack (2010), citando Northern Ireland Practice and Education Council (2006)].

¹⁰ Ganhos em saúde - resultados positivos em indicadores de saúde que incluem referências sobre a respetiva evolução. Expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (DGS, 2016, p.11).

Com este documento, pretendemos efetuar uma reflexão crítica sobre todo o percurso desenvolvido durante a implementação do projeto “Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatorio”, realizado através de um estágio entre 26 de setembro de 2016 e 12 de fevereiro de 2017, em ambiente intra e extra-hospitalar.

O relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo, contempla o estado da arte sobre a temática do envelhecimento, a pessoa idosa submetida a cirurgia, a avaliação multidimensional da pessoa idosa, qual o papel e intervenção da enfermagem perioperatória no percurso da pessoa idosa no âmbito da cirurgia de ambulatorio. O segundo capítulo, debruça-se sobre a Teoria das Transições de Meleis e a aproximação antropobiológica de Collière. O terceiro capítulo, contempla o diagnóstico da situação, especificando a necessidade que emergiu do contexto da prática profissional, e a justificação da problemática em estudo, descreve também a finalidade e os objetivos delineados. O quarto capítulo, refere a metodologia utilizada para a concretização dos objetivos traçados. O quinto capítulo, descreve as atividades realizadas e os resultados obtidos permitindo refletir sobre as competências adquiridas. O último capítulo, sintetiza as considerações finais, identifica alguns condicionantes do percurso e elucida sobre as implicações do projeto para a prática clínica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento

Atualmente, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver para além dos 60 anos (World Health Organization (WHO), 2015). Segundo as projeções do “World Population Ageing 2013”, divulgado em 2013 pelas Nações Unidas, o número de pessoas com 60 e mais anos de idade crescerá para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015). Esta estimativa quando combinada com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade desenha o rápido envelhecimento das populações em todo o mundo. Entende-se “o envelhecimento humano como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2006, p.4).

Em Portugal, atualmente, a população idosa representa 20,7% do número total de habitantes (INE, 2015). O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento populacional.

Além do declínio da natalidade e do aumento dos níveis de esperança média de vida (Sequeira, 2010; INE, 2012), constata-se um duplo envelhecimento demográfico, a base da pirâmide apresenta um estreitamento enquanto o seu topo se alarga. Entre 2005 e 2015, o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou e o número de jovens (pessoas com menos de 15 anos) diminuiu. Estas alterações refletem-se no aumento do índice de envelhecimento¹¹, em 2005 por cada 100 jovens residiam em Portugal 109 idosos, valor que aumentou para 147 em 2015 (desde o ano 2000 que o número de idosos é superior ao de jovens) (INE, 2015).

Concretamente na zona geográfica em estudo - a área metropolitana de Lisboa, o índice de envelhecimento aumentou de 127,6 para 146,5 entre 2011 e 2015, podendo atingir os 241 idosos por cada 100 jovens até 2060 (INE, 2017).

¹¹ Índice de envelhecimento – relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos (INE, 2015, p.3).

O envelhecimento constitui um desafio com implicações em diversos domínios da sociedade atual, nomeadamente ao nível da saúde¹². Os indicadores de saúde mais recentes, mostram que a esperança de vida sem incapacidade¹³ ou esperança de vida saudável, aos 65 anos é de 5,6 anos para mulheres e de 6,9 para homens. Nos últimos 10 anos verificou-se uma evolução positiva de 47% para as mulheres e de 35% para os homens (INE, 2014).

Para fins de análise estatística as pessoas idosas são comumente associadas a grupos de idade específicos, não sendo consensual os limites de idade dos grupos que devem sustentar a análise da temática do envelhecimento, neste trabalho consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2006).

O envelhecimento é um processo complexo, progressivo e multifatorial que leva a uma deterioração fisiológica sucessiva, iniciando-se mesmo antes do nascimento e desenvolvendo-se ao longo do ciclo vital. Manifesta sinais que se vão evidenciando e que envolvem a componente biológica, psicológica e social dos indivíduos, sendo também influenciado por fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais (Berger e Mailloux-Poirer, 1995; DGS, 2006; Lopes, 2013; Sequeira, 2010).

Como parte natural do ciclo de vida, é desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, com qualidade de vida. O envelhecimento ativo¹⁴ é influenciado pelo estado de saúde, pois existe uma forte correlação entre «boa saúde», autonomia¹⁵ e independência do idoso (DGS, 2016; Sequeira, 2010).

¹² Saúde – estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal (DGS, 2016, p. 19).

¹³ Esperança de vida sem incapacidade – utilizada como sinónimo de esperança de vida com saúde. Enquanto que a esperança de vida à nascença continua a ser um importante indicador do envelhecimento da população, o tempo que a pessoa espera viver sem incapacidades é especialmente importante para uma população a envelhecer. Os conceitos de independência,, qualidade de vida e esperança de vida com saúde, foram elaborados para tentar medir o grau de dificuldade que uma pessoa idosa tem em realizar as actividades de vida diária (AVDs; ex: tomar banho, comer, usar o WC e andar no quarto) e as actividades instrumentais de vida diária (AIVDs; ex: ir às compras, tarefas domésticas, preparar refeições) (WHO, 2002 citado por DGS, 2016).

¹⁴ Envelhecimento ativo – é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem [Cf. WHO, 2002 (DGS, 2004, p. 6)]

¹⁵ Autonomia – é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências (WHO, 2002 citado por DGS, 2016, p. 9).

Dada a inevitabilidade do processo de envelhecimento, importa distinguir a normal redução da reserva fisiológica dos diferentes órgãos e sistemas, que se define como senescência¹⁶ e traduz o envelhecimento primário, das lesões patológicas que se desenvolvem com idade, são potencialmente reversíveis, e estão associadas ao conceito de envelhecimento secundário. As modificações fisiológicas identificadas neste percurso resultam de interações complexas quer de fatores intrínsecos quer de fatores extrínsecos, daí a dificuldade em determinar quais as mudanças inevitáveis ou quais as reversíveis (Berger e Mailloux-Poirer, 1995; Lopes, 2013; Sequeira, 2010).

Esta deterioração nas estruturas fisiológicas, com consequentes alterações na capacidade de adaptação ao meio ambiente, predispõem os indivíduos com idades mais avançadas a desvios de saúde, com o surgimento de multipatologias e fragilidades que despoletam condicionamentos na capacidade funcional¹⁷ e cognitiva (Lopes, 2013; Berger e Mailloux-Poirer, 1995).

Apesar de uma função basal inalterada, os sistemas orgânicos começam progressivamente a ter menor capacidade em manter a homeostasia perante tensões desencadeadas pelo ambiente, doença e intervenções terapêuticas. A doença manifesta-se de forma atípica e a sintomatologia apresentada pela pessoa idosa, pode ser de difícil perceção devido a fatores inespecíficos e heterogêneos (Boltz et al, 2016).

Ao nível estrutural o processo de envelhecimento compreende mudanças nos sistemas celular, tecidual, orgânico e sistémico, é transversal a todos os órgãos, contudo com incidências diferentes. A função cardíaca tem um declínio normal associado à idade, constata-se alterações degenerativas que afetam o seu desempenho anatómico, histológico, fisiológico e eletrofisiológico. Na função pulmonar, verificam-se alterações ao nível das estruturas presentes com diminuição da capacidade alveolar, da capacidade de expansão pulmonar e da *compliance* da parede torácica, com uma redução da reserva funcional respiratória. A nível renal, ocorrem severas alterações estruturais e funcionais motivadas pela diminuição do aporte sanguíneo e pela progressiva diminuição da taxa de filtração glomerular, o que aumenta o risco de

¹⁶ Senescência – o conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento (Sequeira, 2010, p. 19).

¹⁷ Capacidade funcional - Definida como a capacidade da pessoa idosa realizar as atividades de vida diária, desde as atividades básicas de vida que lhe permitem manter uma vida independente até às ações mais complexas (Camara, Gerez, Miranda & Velardi, 2008).

descompensação da função renal, alterações na elasticidade, tônus muscular e volumetria da bexiga, que influenciam o reflexo excretor. A nível gastrointestinal verifica-se atrofia da mucosa gástrica, diminuição da secreção dos ácidos gástricos e enzimas digestivas, bem como, alterações na motilidade com interferência na absorção de medicamentos; alterações hormonais e endócrinas; atrofia das vilosidades intestinais que desencadeiam síndromes da má absorção; alterações no tônus muscular intestinal; redução na função hépato-bilio-pancreática com diminuição do metabolismo farmacológico. No sistema músculo-esquelético, observa-se uma redução da massa muscular – sarcopenia¹⁸; risco aumentado de osteoporose e osteopenia por diminuição da massa óssea; risco aumentado de osteoartroses e instabilidade articular. No sistema nervoso, diminuição dos neurónios e neurotransmissores, alterações nas células glia, dendrites e sinapses, compromisso da função de termorregulação; risco de declínio cognitivo e lentificação no discurso; alterações na força muscular, tendões e na condução nervosa, com capacidades motoras e sensitivas potencialmente comprometidas; o desempenho cognitivo também sofre deterioração, em grande parte pelas características individuais e pelo contexto a que o idoso esteve ou está exposto. No sistema imunitário, a resposta imunitária é tendencialmente deficitária com uma acrescida suscetibilidade para a infeção; doença inflamatória crónica; manifestações atípicas de doença; sinais e sintomas subtis e inespecíficos. Ao nível do sistema tegumentar importa salientar a redução do tecido adiposo subcutâneo, a atrofia da epiderme, a rigidez das fibras de colagénio e a calcificação da elastina, alterações que causam diminuição da função de termorregulação e resposta inflamatória e também, redução da sensação táctil e da perceção de dor. No sistema sensorial, importa conhecer e distinguir as alterações normais associadas ao processo de envelhecimento que afetam a visão, audição, paladar, olfato e tato; mas também reconhecer a manifestação de patologias associadas à idade e que interferem nos recetores sensoriais (Association of periOperative Registered Nurses (AORN), 2015; Boltz et al., 2016; Oster & Oster, 2015; Sequeira, 2010).

O processo de envelhecimento compreende ainda mudanças em outras dimensões, nomeadamente, bioquímicas, celulares, sistémicas, intelectuais, afetivas, familiares, laborais, entre outras, sendo múltiplas as razões para essas alterações (Cunha, 2016).

¹⁸Sarcopenia – define-se como a redução da massa muscular, da capacidade física e da força de preensão (Boltz, M. et al, 2016; AORN, 2015).

As transformações ou mudanças associadas à idade¹⁹ detêm implicações que são clinicamente relevantes para a avaliação e para os cuidados de enfermagem quando estamos em presença de pessoas idosas. É relevante, o impacto adverso que as mesmas podem causar na saúde e na capacidade funcional dos idosos requerendo estratégias terapêuticas atempadas e eficientes, promovendo uma abordagem individualizada às especificidades da pessoa. O processo de envelhecimento pode desencadear alterações na forma como a doença se apresenta, na resposta ao tratamento e nos resultados esperados (Boltz et al., 2016).

Para Fernández-Ballesteros (2000), citada por Fonseca, a designação de idade funcional contempla que exista uma redução da eficácia de algumas funções nomeadamente as de natureza física e biológica, ao mesmo tempo se verifique maior estabilidade a nível psicológico (personalidade) e um contínuo incentivo ao crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria). A este conceito estão associadas estratégias de otimização das competências da pessoa idosa no sentido de promover um envelhecimento saudável e satisfatório (Fonseca, 2004).

As famílias também experimentam novos desafios, pois as recentes transformações na sua estrutura e função ilustram realidades familiares a que as instituições e os profissionais são compelidos a dar resposta. O conceito de família²⁰ progrediu e hoje, é o reflexo da sociedade contemporânea, neste trabalho optou-se pela definição que família “é quem os seus membros dizem ser” (Wright & Leahey, 2013, p. 55).

O atual envelhecimento demográfico²¹, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à

¹⁹Do Inglês *age-related changes* – modificações que ocorrem simultaneamente na estrutura e na função dos órgãos e são mais evidentes após os 85 anos, na sua grande maioria caracterizam-se por um declínio na reserva fisiológica. Apesar da função basal permanecer inalterada, os sistemas começam progressivamente a ter menos capacidade de manutenção da homeostasia em presença de agentes stressores como o ambiente, doença ou intervenções terapêuticas. São fortemente influenciadas por factores genéticos e pelos estilos de vida. Constatase uma grande heterogenidade entre os idosos, onde as manifestações clínicas do envelhecimento podem variar entre a estabilidade e o declínio significativo na função de determinado órgão ou sistema (Boltz, M. et al, 2016).

²⁰ Família – “Grupo: Unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (OE, 2014, p. 120). Refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico, os membros da família são autodefinidos (Hanson, 2005, p.6).

²¹ Envelhecimento demográfico – aumento da proporção de idosos na população total, em detrimento da população jovem e/ou em idade activa (INE, 2014).

garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas, exigindo que ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” (DGS, 2006). Para os profissionais de saúde, estas alterações sociodemográficas, despoletam novas competências a desenvolver e propiciam a sistematização dos cuidados prestados às pessoas idosas.

1.2. A pessoa idosa na cirurgia de ambulatório

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde permanecem desajustados das reais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias. Promover o envelhecimento ativo junto da pessoa idosa, traduz-se essencialmente em providenciar autonomia física, psicológica e social (Sequeira, 2010; DGS, 2004).

O emergente progresso tecnológico permite associar a etapa velhice a um processo dinâmico e positivo, o que obriga a uma mudança de atitudes, permitindo elaborar ações concretas que visam especificamente a pessoa idosa.

Nas duas últimas décadas assistimos a um aumento substancial dos procedimentos cirúrgicos nas pessoas idosas, é esperado que pelo menos metade dos indivíduos com 65 ou mais anos irão ser submetidos a qualquer tipo de intervenção cirúrgica durante o tempo de vida que lhe resta. A literatura demonstra que a mortalidade e a morbilidade perioperatória associada a este grupo etário, bem como, a taxa de sobrevida no período pós-operatório são cada vez menos fatores inibidores para se intervir (Boltz et al., 2016; De Oliveira et al., 2015). É comum verificar-se melhoria substancial do estado funcional e da qualidade de vida do idoso após uma cirurgia.

Os recentes avanços tecnológicos e científicos ao nível dos procedimentos cirúrgicos e das técnicas anestésicas, vieram modificar o paradigma dos cuidados cirúrgicos e, consequentemente, os efetuados em regime de CA (APCA, 2016; Boltz et al., 2016; Ignatavicius, 2010; Mitchell, 2016). Em crescente evolução, ao programa de Cirurgia Ambulatória, são atribuídos 63,2% da totalidade das cirurgias realizadas em Portugal em 2017 (Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), 2017). Diversos estudos

revelam que a incidência de procedimentos cirúrgicos é 4 vezes superior neste grupo populacional, o que é preditor do aumento do número de pessoa idosas intervencionado neste regime (APCA, 2016).

Além das vantagens ao nível da redução dos custos em saúde, inovação e critérios de preferência que a tornam uma opção em crescimento exponencial (Mitchell, 2016), para o cliente idoso o principal benefício da cirurgia em contexto ambulatorio advém da possibilidade em manter ou melhorar a sua independência e evitar o declínio funcional, facilitando sua recuperação em meio familiar. A segurança, a qualidade, os menores riscos de infecção hospitalar, a menor alteração na dinâmica familiar e profissional e, a mobilização precoce são fatores que determinam a CA como o modelo cirúrgico mais favorável para intervenção junto da pessoa idosa (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013; APCA, 2016; Boltz, 2016).

No entanto, a este tipo de modelo também estão associados novos desafios e constrangimentos, quer para as equipas profissionais quer para a pessoa idosa e a sua família. Urge dar respostas atempadas e concertadas ao maior número possível de clientes no menor espaço de tempo, o que determina que os profissionais de enfermagem assumam um papel cada vez mais ativo e de maior responsabilidade, na componente educativa subjacente à consulta de enfermagem pré-operatória, na preparação para alta para o domicílio e na vigilância pós-operatória (Mitchell, 2010; Hamström et al., 2012; Berg et al., 2013; Mitchell, 2016). Comparativamente à população em geral, a readmissão após a alta é mais frequente na pessoa idosa e num período compreendido entre o 7º e o 30º dia pós-operatório, o que está fortemente associado à existência de comorbilidades e às mudanças associadas à idade (Mitchell, 2010; Oster & Oster, 2015; APCA, 2016). Na realidade da CA, a vigilância pós-operatória da pessoa idosa decorre no ambiente domiciliário, os cuidados pós-operatório são delegados na pessoa idosa e família o que pode ser gerador de sentimentos de insegurança (Berg et al., 2013). A falta de apoio profissional, a insuficiente informação e a fraca preparação para a alta, uma inadequada articulação entre os serviços hospitalares e os cuidados de saúde primários (CSP), associados a expectativas irrealista relativas ao período pós-operatório, contribuem para piores níveis de satisfação e comprometem a continuidade dos cuidados à pessoa idosa e família (Mitchell, 2010; Berg et al., 2013; Mitchell, 2014; De Oliveira et al., 2015; Mitchell, 2016).

Considera-se então premente, uma avaliação mais pormenorizada e detalhada que identifique as necessidades da pessoa idosa na sua multidimensionalidade (Hamström et al., 2012; Berg et al., 2013; De Oliveira et al., 2015).

1.3. A avaliação multidimensional da pessoa idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

Atender à complexidade dos problemas e necessidades das pessoas idosas, pressupõe reconhecer a coexistência de condições clínicas, funcionais, mentais e sociais que conduzem a uma manifestação atípica da doença, que frequentemente pode ser confundida e que requer uma diferente abordagem (Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neil & Langhorne, 2011).

A consulta de enfermagem (CE) em CA é um elemento essencial para proporcionar cuidados de excelência no percurso perioperatório da pessoa idosa. De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006), além da forte componente educativa subjacente à CE, é preponderante que se estabeleça uma relação empática com o cliente e família, uma vez que será a aliança entre enfermeiro-cliente-família que ditará também os resultados da intervenção.

No âmbito da CE, a avaliação multidimensional da pessoa idosa assume a sua maior expressão e pertinência. Intervir na fase pré-operatória através da utilização da avaliação multidimensional permite identificar e modificar síndromes geriátricas²² e comorbilidades (Partridge, Harari, Martin & Dhesi, 2014). Assume-se como um instrumento ao dispor dos profissionais de enfermagem para identificar, documentar e comunicar fatores de risco e vulnerabilidades da pessoa idosa (Malley et al., 2015).

²² Síndromes geriátricas – não possuem definição consensual na literatura, condições mais comuns que afetam as pessoas idosas, de que são exemplo o delirium, as quedas, a incontinência urinária, as úlceras de pressão, entre outras. Condições altamente prevalentes na pessoa idosa, especialmente pessoas idosas frágeis, partilham causas e fatores de risco. Multifatoriais na sua origem, envolvem diversos órgãos e sistemas, sendo responsáveis por alterações profundas na capacidade funcional e qualidade de vida (Coutinho, 2014, p.19 citando Inouye, Studenski, Tinetti & Kuchel, 2007; Olde Rikkert, Rigaud, van Hoeyweghen & de Graaf, 2003,). Também valioso como referência no cuidado à pessoa idosa, Fulmer SPICES, acrónimo para as condições mais comuns na pessoa idosa que requerem intervenção de enfermagem (Sleep disorders; Problems with eating or feeding; Incontinence; Confusion; Evidence of falls; Skin breakdown) (Fulmer, 2007).

O conceito de avaliação multidimensional geriátrica deriva do Inglês *Comprehensive geriatric assessment (CGA)*²³, de acordo com o estudo de Partridge et al., (2014) a avaliação multidimensional pré-operatória tem um impacto positivo nos resultados pós-operatórios (complicações cirúrgicas e duração da estadia) de pessoas idosas submetidas a cirurgia eletiva. Também, Ellis et al., (2011) sublinha a importância da avaliação multidimensional na melhoria da função cognitiva de doentes hospitalizados.

A utilização desta avaliação pressupõe uma completa abordagem, por uma equipa multidisciplinar, ao nível dos seguintes domínios: clínico, saúde mental, capacidade funcional, circunstâncias sociais e ambiente. Com reconhecidos benefícios ao nível da precisão do diagnóstico, otimização do tratamento clínico, melhoria no prognóstico, restauração e manutenção da funcionalidade, apoio em situação de perda de autonomia e melhoria da qualidade de vida (Ellis et al., 2011; Partridge et al., 2014).

A rigorosa avaliação pré-operatória do estado físico e funcional da pessoa idosa é determinante para o sucesso de todo o processo cirúrgico em ambatório. Além de conhecer as comorbilidades associadas e otimizar o estado de saúde do paciente, permite identificar síndromes geriátricas, preocupações psicossociais e risco de dependência funcional (APCA, 2016; Ward, Manstein, Goel, Chow, Ko, Rosenthal & Esnaola, 2017).

1.4. Intervenção sistematizada de enfermagem no percurso da pessoa idosa na cirurgia de ambatório

A pessoa idosa em CA deve ser olhada face às suas vivências, necessidades específicas, capacidades e limitações, em que a abordagem perioperatória permita uma individualização

²³ *Comprehensive geriatric assessment (CGA) – is an establish method for evaluating and optimising physical, psychological, functional and social issues in older patients to improve longer-term outcomes. Involves a multi-domain assessment, which is usually interdisciplinary and is followed by planning and implementation of investigations, treatment, rehabilitation and longer-term follow-up (Partridge et al., 2014). “Multidimensional interdisciplinary diagnosis process focused on determining a frail older person’s medical, psychological and functional capability in order to develop a coordinated and integrated plan treatment and long term follow-up” (Ellis et al., 2011).*

dos cuidados de forma a estabelecer prioridades de intervenção centradas nos seus objetivos e expectativas.

O atual estado da arte sugere evidência de que a intervenção de enfermagem deverá englobar:

i. Implementação de um programa de intervenção dirigido à pessoa idosa e família em contexto de CA, que permita estabelecer um plano de cuidados individualizado de forma a responder às necessidades específicas desta população (Nelson & Carrington, 2011; Malley, et al., 2015; Oster & Oster, 2015; Porras-González, Barón-López, García-Luque & Morales-Gil, 2015; Yeh, Wu, Tung, 2017; Samuelsson, Egenvall, Klarin, Lökk, Gunnarsson & Iwarzon, 2018). Constituem focos de relevante intervenção, a CE pré-operatória onde se materializa a avaliação, na qual o enfermeiro perioperatório deverá obter toda a informação relacionada com o cliente, de forma a estabelecer um perfil, identificar fatores de risco e desenvolver um plano de cuidados que garanta segurança e satisfação ao longo de toda a experiência perioperatória (Malley, et al., 2015; Oster & Oster, 2015; Boltz et al, 2016; Mitchell, 2016); onde se desenvolvem as atividades educativas e a capacitação da pessoa idosa e família, que permitem garantir o sucesso da intervenção cirúrgica (Younis et al., 2012; Richardson-Tench & Brown, 2014; DeOliveira et al., 2015; Jones et al., 2016; Mitchell, 2016; Yeh et al., 2017; Samuelsson et al., 2018); onde se inicia a relação terapêutica, centrando os cuidados no cliente²⁴, com vista a um maior envolvimento da pessoa idosa na promoção do seu autocuidado²⁵ no momento da alta para o domicílio (McCormack 2003; Mitchell, 2010; Mitchell & McCance, 2010; Renholm, Suominen, Puukka, Leino-Kilpi, 2016; Göransson et al., 2017; Yeh et al., 2017). O outro foco de intervenção centra-se no período pós-operatório, onde se delega a responsabilidade pelo cuidado pós-operatório na pessoa idosa e a sua família (Berg, Idvall, Nilsson, Unosson, 2011; Berg et al., 2013; Mitchell, 2014; Jones et al.,

²⁴ Cuidados centrados na pessoa – respeito pela autodeterminação do indivíduo na determinação das suas necessidades e tomada de decisões. Exige o estabelecimento de uma relação terapêutica, entre profissional e cliente, baseada na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento, só possível através da compreensão dos valores individuais da pessoa (McCormack, 2003).

²⁵ Autocuidado – fenómeno bastante enfatizado nas teorias de enfermagem (Orem, 2001), assumindo particular importância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas actividades do dia-a-dia. Daí a necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, reconstrução dessa mesma autonomia, após as transições geradoras de dependência (Petronilho, 2012).

2016); falta de informação, insuficiente aderência às orientações pós-operatórias, analgesia inadequada, esquecimento de informação relevante e falta de responsabilidade do cuidador, podem transformar o recobro em casa numa experiência problemática (Berg et al., 2013; Mitchell, 2014).

ii. Avaliação da pessoa idosa em CA, pois está reconhecido que avaliação pré-operatória, além de uma oportunidade para estimar riscos, é a melhor abordagem clínica em otimizar resultados positivos na experiência perioperatória da pessoa idosa (Stomberg et al., 2008; Boltz et al.; APCA, 2016). Os riscos associados ao cuidado perioperatório de pessoas idosas motivaram a necessidade de incorporar os princípios que norteiam os cuidados geriátricos, no âmbito cirúrgico e também em desenvolver indicadores de qualidade junto dos clientes idosos cirúrgicos. Diversos estudos sublinham que avaliação pré-operatória da pessoa idosa submetida a cirurgia, deve indagar sobre capacidade funcional, função cognitiva e estado emocional, comunicação, estado nutricional, medicação e dor, mediante a utilização de instrumentos de avaliação adequados (APCA, 2016; Boltz et al.; Ward et al.; 2017; Marwell et al., 2018):

a) A avaliação da capacidade funcional fornece informação crucial sobre o impacto da doença, o risco de complicações e a necessidade de medidas adaptativas. Em todos os clientes elegíveis para CA deve ser rastreado a capacidade para desenvolver as Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)²⁶ e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)²⁷, pois estão diretamente correlacionadas com o estado funcional. História de quedas nos últimos doze meses também deve ser averiguado junto desta população. Está reconhecido que alterações na mobilidade das pessoas idosas estão associadas a um maior risco de delírio pós-operatório e a infecção do local da ferida cirúrgica. As alterações na marcha e na mobilidade podem ser avaliadas através da aplicação de testes de que são exemplo a Escala de Quedas de Morse e o teste Timed Up and Go (APCA, 2016; Ward et al., 2017; Marwell et al., 2018). A Sociedade Geriátrica Americana (AGS), em 2004, definiu consensualmente fragilidade como uma vulnerabilidade excessiva aos

²⁶ ABVD – definem-se pelo conjunto das atividades primárias da pessoa relacionadas com o autocuidado e com a mobilidade; atividades quotidianas essenciais, determinadas pela autonomia do indivíduo e realizadas regularmente no sentido de manter a independência no seu meio habitual. Incluem atividades como: usar a casa de banho, arranjar-se, tomar banho, vestir-se, deambular (Sequeira, 2010).

²⁷ AIVD – são constituídas pelas atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência, estando diretamente correlacionadas com o estado cognitivo, incidindo na capacidade de cozinhar, usar telefone e transportes públicos, saber gerir o dinheiro (Sequeira, 2010).

agentes stressores, na qual se verifica uma redução na capacidade de manutenção ou recuperação da homeostasia, após um evento desestabilizador (Sato et al, 2016). A síndrome de fragilidade é um conceito que descreve um estado multidimensional de fraqueza e vulnerabilidade, facilmente agravada por situações de stress. Está frequentemente associado a comorbilidades e incapacidades, mas assume uma identidade distinta. Deverá ser identificado e avaliado na fase pré-operatória e reconhecido o seu impacto na pessoa idosa em contexto cirúrgico (APCA, 2016; Ward et al., 2017).

b) O declínio cognitivo está subvalorizado nas pessoas idosas, mas possui significativas implicações no percurso perioperatório. As alterações cognitivas preexistentes são preditores de delírio pós-operatório, o qual está associado a piores indicadores cirúrgicos, nomeadamente o declínio funcional pós-operatório. Ao delírio pós-operatório são associados maiores taxas de complicações, maiores custos e maior uso dos recursos hospitalares. Torna-se essencial identificar fatores de risco de disfunção cognitiva pós-operatória, recorrendo à avaliação do estado cognitivo através de testes e escalas, de que é exemplo o MiniMental State Examination de Folstein. No anexo I podem ser visualizados os fatores de risco de delírio e disfunção cognitiva pós-operatórios (APCA, 2016; Ward et al., 2017; Marwell et al., 2018). A evidência científica sugere que nas pessoas idosas as perturbações mentais estão associadas a resultados pós-operatórios adversos. Clientes com sintomatologia depressiva possuem um risco aumentado de desenvolver delírio pós-operatório. A identificação de síndromes depressivas, ansiedade e stress pós-traumático em clientes elegíveis para procedimentos cirúrgicos, justifica o desenvolvimento de intervenções não farmacológicas no período pré-operatório (técnicas educativas adaptadas, adoção de medidas redutores de stress, abordagens menos convencionais como a música e a massagem). O abuso no consumo de álcool e as dependências são frequentemente ignorados nas pessoas idosas, contudo estão associados a um aumento de complicações pós-operatórias, pelo que também devem ser alvo de rastreio e quantificação (Marwell et al., 2018).

c) As limitações ao nível dos sentidos possuem um impacto negativo na capacidade da pessoa idosa interagir com o ambiente que a rodeia, diminuindo a sua qualidade de vida. Muito prevalentes na população idosa, as limitações visuais e auditivas devem ser objeto de avaliação

pré-operatória uma vez que são fatores de risco modificáveis na prevenção do delírio pós-operatório (Boltz et al., 2016; Marwell et al., 2018).

d) Na avaliação do estado nutricional da pessoa idosa, importa verificar a história alimentar e detetar sinais de desnutrição. As pessoas idosas sofrem risco de desnutrição perante fatores relacionados com o aporte dietético insuficiente, fracos recursos económicos, isolamento, doenças crónicas e alterações fisiológicas (APCA, 2016; Boltz et al., 2016). Um mau estado nutricional está associado a um risco aumentado de efeitos adversos, sobretudo ao nível do risco de infeção da ferida cirúrgica (Ward et al., 2017). O MiniNutricional Assessment é um questionário que permite avaliar o risco de desnutrição sem recursos a parâmetros analíticos (Germi, s/d).

e) As pessoas idosas estão sujeitas a efeitos adversos relacionados com a toma da medicação por cinco motivos principais: alterações fisiológicas relacionadas com a idade, polimedicação²⁸, prescrições incorretas, automedicação, causas iatrogénicas (Boltz et al., 2016). A polimedicação é comum na população idosa submetida a procedimentos cirúrgicos em CA e está associada a um aumento do risco de disfunção cognitiva, morbilidade e mortalidade. O risco de reações adversas também aumenta com o maior número de medicamentos prescritos (APCA, 2016; Ward et al., 2017).

f) O principal objetivo na gestão da dor nas pessoas idosas é tentar maximizar a função e a qualidade de vida, e minimizar o impacto negativo da dor. As comorbilidades e a síndrome de fragilidade podem tornar este processo ainda mais desafiante, pois com o envelhecimento aumentam a incidência e a prevalência de patologias causadoras de dor (Boltz et al., 2016). A elaboração de um plano exaustivo de gestão na dor no contexto perioperatório está associado a uma melhoria da experiência pós-operatória das pessoas idosas e da sua família (Marwell et al., 2018).

iii. Esta avaliação constituirá um ponto de partida para o enfermeiro perioperatório, em conjunto com a pessoa idosa e família, adotar uma abordagem holística, centrada na pessoa,

²⁸ Polimedicação - não existe consenso no conceito de polimedicação. Alguns definem-na como o uso simultâneo de vários fármacos; outros só a consideram quando esses não têm indicação clínica clara ou então apenas com o uso de 2, 3, 4, 5, 7, 10 ou mais princípios activos [Santos (2010) citando Linjakumpu, et al., (2002); Aparasu, Mort e Brandt, (2005); Wyles e Rehman, (2005)].

permitindo obter uma narrativa terapêutica alicerçada na confiança mútua, compreensão e partilha do conhecimento (McCormack, 2003). Aos enfermeiros é solicitado que estimulem a pessoa idosa a participar ativamente na tomada de decisão do seu plano de cuidados individualizado, de modo a aumentar a satisfação, reduzir a ansiedade pré-operatória e a promover a confiança na equipa de saúde (Oster & Oster, 2015, Mitchell & McCance, 2010; Göransson et al., 2017; Samuelsson et al., 2018).

iv. Uma avaliação adequada requer a aquisição de competências necessárias por parte dos profissionais de forma a garantir a segurança da pessoa idosa e a coordenação de todo o projeto de cuidados. Consequentemente, devem ser concretizados momentos de formação, aliados a uma supervisão consistente que permita a utilização sistemática de instrumentos de avaliação específicos, bem como à interpretação da informação obtida, para assim capacitar a equipa com competências que possam corresponder às necessidades do cliente (Stomberg et al., 2008; Hamström et al., 2012).

v. Ao nível da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar é imperativo uma mudança de paradigma que permita uma resposta baseada na evidência e centrada na pessoa idosa e família, que permita realizar intervenções sistemáticas, articuladas entre os diferentes níveis de cuidados (Mitchell, 2010; Mitchell & McCance, 2010; Nelson & Carrington, 2011).

Constatando-se que o cuidar da pessoa idosa e família em contexto de CA coloca novas exigências ao papel dos enfermeiros ao nível das capacidades de comunicação, orientação, disponibilização de informação, apoio emocional e psicológico, requerendo uma abordagem de cuidados individualizada. Pretende-se uma resposta organizada baseada numa avaliação objetiva, com uso de instrumentos de medida validados, e uma linguagem uniformizada entre os profissionais de saúde.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA (...) é um acto individual mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa (...) em todas as circunstâncias em que a insuficiência, a diminuição, a perda de autonomia se alia à idade (Collière, 1999, p. 235).

A avaliação da natureza dos problemas e do que se aprendeu a conhecer da pessoa idosa, em relação com a natureza da limitação provocada pela doença, ou em relação com a incapacidade com que se deparou, exige instrumentos simples que permitam reajustar, constantemente, a informação, reorganizá-la, completá-la à medida que as pistas se desvanecem. Requer de quem presta cuidados uma atitude criativa, aprendendo a identificar os elementos indicadores junto da pessoa idosa e família.

Para Collière (1999), os elementos indicadores podem ser os que se referem à pessoa idosa, os que se referem ao seu ambiente (trajetória, género e meio de vida), os que se referem à limitação causada pela doença ou incapacidade, ou à dificuldade que sente. Constituem-se como a base do projeto de cuidados, partindo destes, olha-se para a autonomia a manter e/ou recuperar, também se identificam as zonas de incapacidade a compensar, permitindo inferir os cuidados de enfermagem a assegurar: cuidados de manutenção de vida, a que se podem acrescentar cuidados de reparação e de tratamento (Collière, 1999). Assumem-se como argumentação da ação dos cuidados de enfermagem perante os outros profissionais, e também face à pessoa idosa e família alvo dos mesmos, permitindo-lhes saber e compreender o que podem esperar da ação do enfermeiro. São igualmente as referências que permitem a avaliação quer do processo quer da concretização desse mesmo projeto (Collière, 1999).

A elucidação dos cuidados a efetuar e a sua justificação perante a pessoa idosa e a sua família utilizando um discurso direto, permite a conjugação e ação participativa de todos os intervenientes, onde cada um se sente parceiro de um mesmo projeto desempenhando papéis diferentes, mas com funções complementares (Collière, 1999).

Pelo que, nos diversos contextos de cuidados, o enfermeiro deve estar atento a um conjunto de fatores (o contexto de vida da pessoa idosa alvo de cuidados e do cuidador principal/família, apoios sociais, sociedade e comunidade em que se encontram inseridos), de modo a, em parceria²⁹, construir um projeto de cuidados verdadeiramente sensível às necessidades encontradas e promovendo a qualidade de vida, autonomia e o *empowerment*³⁰; responsabilizando as pessoas pelos resultados alcançados (Collière, 1999, 2001; Gomes, 2009).

Alterações no estado de saúde da pessoa idosa podem desencadear riscos aumentados de doença resultando num processo de transição. A cirurgia é um desses acontecimentos onde ocorrem mudanças que requerem ajustamento e adaptação. Perante novos conhecimentos e situações, surge um potencial de desajustamento, ao qual a intervenção de enfermagem pode ajudar a equilibrar (Abreu, 2008). Procurando maximizar pontos fortes dos clientes, reais e potenciais, contribuindo para a recuperação de níveis ótimos de saúde, função, conforto e autorrealização (Meleis, 2012).

Constitui um desafio para os profissionais cuidar de clientes a vivenciar processos de transição (Abreu, 2008). Na constante interação com o ambiente onde estão inseridos e perante a experiência de doença, situações de risco ou vulnerabilidade, a capacidade de adaptação poderá ficar comprometida, o que pode originar situações de desequilíbrio que se manifestam por necessidades não satisfeitas, incapacidade para o autocuidado ou por respostas não adaptativas (Meleis, 2012).

Os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa idosa e nas suas necessidades reais, assistindo às principais mudanças e às implicações causadas pelas transições, ao mesmo tempo que são agentes efetivos do

²⁹ Parceria, nos cuidados de enfermagem caracteriza-se como a construção de uma ação conjunta que promova o cuidado de Si ou que tem como objetivo assegurar o cuidado do Outro, centralizando a atenção na partilha dos significados da experiência da pessoa no que ao seu projeto de saúde e de vida diz respeito, tendo em conta o poder que possui, os seus desejos, necessidades, preocupações, necessidades de informação e cuidado (Gomes, 2009).

³⁰ *Empowerment* – é um processo essencial para a aquisição de informações, competências e capacidades de gestão de recursos internos no âmbito da promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa e sua família e para a prevenção de desenvolvimento de doenças e situações de risco de vida, sendo considerado um “processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento das pessoas para conhecerem as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo das suas próprias vidas” (Dinis, 2006, p.58).

cuidado. No contexto da CA, enfermeiros preparam os clientes e a sua família para as transições facilitando o processo de aprendizagem de novas competências para lidar com a transição que estão a vivenciar de uma forma saudável, devendo informar e capacitar a pessoa idosa e família para que possam desenvolver o seu conhecimento, dando resposta às suas necessidades (Meleis, 2010).

No ambiente perioperatório as transições mais suscetíveis para a pessoa idosa e família, relacionam-se com ambiente hospitalar, por ser hostil e desconhecido; o procedimento cirúrgico, por desencadear medo e ansiedade, e porque pode precipitar o declínio funcional da pessoa idosa; a assunção de competências para o autocuidado pós-operatório no domicílio; e a responsabilização do familiar para assumir o papel de cuidador. A detalhada avaliação pré-operatória em CA assume-se como uma importante ferramenta de avaliação do risco, permitindo antecipar potenciais consequências (positivas e negativas) que a pessoa idosa pode experienciar ao longo do processo de transição (Malley et al., 2015), e ao mesmo tempo, desenvolver estratégias terapêuticas com vista à estabilidade e sensação de bem-estar e saúde. Para Meleis “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem” (Abreu, 2008, p.18).

Neste âmbito, torna-se preponderante a informação como instrumento de capacitação de conhecimento da pessoa idosa a vivenciar a experiência cirúrgica (Berg et al., 2013). A perceção de autoeficácia e a aprendizagem na reconstrução da autonomia são indicadores de uma transição saudável, o que traduz maior satisfação para o cliente e consequentemente melhor qualidade dos cuidados prestados.

3. PROBLEMÁTICA

3.1. Justificação do projeto/Diagnóstico da situação

No passado, durante 7 anos de desempenho de funções num serviço de medicina interna, o contexto de prática clínica junto de pessoas idosas foi uma realidade. O que motivou, grande curiosidade e interesse em aprofundar competências para melhor intervir junto desta população. Atualmente, a desempenhar funções na área cirúrgica, nomeadamente em CA, em equipa pluriprofissional, percebemos que poderia ser dado uma maior visibilidade à temática do envelhecimento e um novo olhar para a pessoa idosa e família a vivenciar um processo de transição em CA.

Como contextualizado no capítulo 1, a população idosa tende a crescer exponencialmente e a esse crescimento associa-se uma maior incidência de procedimentos cirúrgicos (APCA, 2016). A evidência sugere que às pessoas idosas em CA estará associado um maior consumo de recursos de saúde, pelo fato de terem maior risco de obter piores resultados após o procedimento cirúrgico. A maior dificuldade no retorno à sua capacidade funcional associada a maiores comorbilidades, coloca as pessoas idosas em risco acrescido de readmissões hospitalares (Nelson & Carrington, 2011; DeOliveira et al., 2015).

Em CA, a informação fornecida durante todo o percurso perioperatório deve ser individualizada de forma a poder responder às necessidades concretas e expectativas da pessoa idosa, tendo em conta a habilitação literária e a capacidade cognitiva (Samuelsson et al., 2018). Estudos correlacionam uma fraca literacia em saúde³¹ com um maior risco de, inadequado conhecimento em saúde, fraca capacidade para o autocuidado, maior morbilidade e mortalidade, bem como inferior condição de saúde (Serper, Patzer, Curtis, Smith, O'Connor, Baker & Wolf, 2014). Uma avaliação pré-operatória detalhada e a revisão dos critérios no momento da alta para o domicílio terá o potencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança das pessoas idosas (DeOliveira et al., 2015).

³¹ Literacia em saúde – competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e a manter uma boa saúde (DGS, 2016, p.14)

Refletindo sobre esta problemática, procedemos ao diagnóstico da situação com o objetivo de conhecer a realidade existente e assim justificar a pertinência do problema encontrado. Para a implementação do projeto foi escolhida uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) pertencente a um hospital central da região de Lisboa, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido como instituição de referência. A área cirúrgica a que dá resposta compreende as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vascular, Estomatologia, Neurocirurgia, Nefrologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. A faixa etária de referência para a elegibilidade dos clientes é igual ou superior a 18 anos.

Segundo o INE (2016), a população residente no município de Lisboa com 65 ou mais anos era de 142 705 habitantes constituindo 28,28% da população total residente. Pretendendo analisar a casuística da UCA efetuámos uma pesquisa documental entre janeiro e junho de 2016, em que constámos que da totalidade dos clientes intervencionados 28% têm 65 e mais anos.

No âmbito da CE pré-operatória verificou-se a inexistência de instrumentos para uma avaliação da pessoa idosa e família, bem como linhas de orientação para a prática clínica nesta população específica. Na qualidade de observador³², pude constatar que a equipa de enfermagem não estava desperta para a importância da avaliação objetiva e uniformizada no momento da CE, de modo a identificar riscos potenciais de serem modificados e a suportar uma comunicação efetiva e uniformizada durante todo o percurso perioperatório.

O trabalho de projeto é uma metodologia assumida em grupo que deverá envolver todos os participantes (Leite, E., Malpique, M. & Santos, M., 2001), pelo que em conversas com a equipa de enfermagem acerca da necessidade identificada com o diagnóstico de situação, surgiu a pertinência para implementar uma intervenção de enfermagem focalizada na pessoa idosa e família durante o percurso perioperatório.

Refletindo sobre o problema identificado, surgiram as seguintes questões: De que forma podem ser minimizados os riscos associados à experiência cirúrgica da pessoa idosa e

³² Observador – é um membro do grupo ou da organização. A observação direta participante é um método de investigação que visa determinar o significado, a orientação e a dinâmica de uma situação pela colheita de fatos (Fortin, 1999, p. 373).

família em CA? Como podemos fazer a avaliação pré-operatória da pessoa idosa conjugando as especificidades do processo de envelhecimento com as exigências da CA? Como asseguramos a transferência de cuidados para pessoa idosa e família no seu domicílio?

3.2. Finalidade e objetivos

A execução deste projeto tem como finalidade: Desenvolver Competências como Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa. Estabelecidos os resultados a alcançar, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

1.Desenvolver competências na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos;

2.Implementar uma intervenção sistematizada de enfermagem na consulta pré-operatória de enfermagem da pessoa idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatorio.

Para cada objetivo geral concretizaram-se objetivos específicos, definiram-se respetivamente as atividades a desenvolver, com os devidos indicadores de avaliação. Estes encontram-se esquematizados e podem ser consultados no (Apêndice I).

Saliento como fatores facilitadores no desenvolvimento deste projeto, o constante apoio e incentivo da chefia de enfermagem do serviço, o interesse e a receptividade por parte da equipa pluridisciplinar, e a não existência de custos monetários associados. Como fatores inibidores destaque, a duração do tempo de estágio, que restringiu a concretização dos objetivos definidos inicialmente; a mudança comportamental exigida na equipa de enfermagem para adoção de novas práticas clínicas, e o maior dispêndio de tempo na CE para avaliação da pessoa idosa e família.

4. METODOLOGIA

O projeto consiste num plano de trabalho que se organiza para dar resposta a um problema que preocupa os intervenientes que o irão realizar. Visa a implementação de estratégias para resolver o problema identificado. É um método que permite compreender melhor a realidade, como também, consegue uma melhor planificação e uma ação mais direta e dirigida, para transformar e melhorar essa realidade (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010; Leite, et al., 2001).

A execução de um projeto tem como objetivo final a satisfação das necessidades identificadas, com o intuito de resolver ou minimizar problemas de saúde identificados previamente e, também em otimizar e/ou aumentar a eficácia dos cuidados prestados à população (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto é constituída por 5 fases, descritas seguidamente:

- i. Elaboração do diagnóstico da situação: etapa que permitiu formular o problema, a sua descrição está contemplada no capítulo 3;
- ii. Planificação das atividades, meios e estratégias: em concordância com os objetivos estabelecidos e os resultados esperados correspondentes, definiram-se os contextos e a adequação dos serviços ao campo de estágio pretendido. Por reunir as características necessárias à implementação do nosso projeto, optámos por realizar o estágio em meio hospitalar, na UCA onde atualmente exercemos funções. Determinaram-se atividades, meios e estratégias a concretizar com a equipa de enfermagem. Foi também desenvolvido o cronograma do projeto para a sua calendarização (Apêndice II);
- iii. Execução das atividades planeadas: esta etapa permitiu desenvolver as ações planificadas nos diversos contextos da prática clínica onde decorreu o projeto.

Optámos como técnicas de recolha de dados, em contexto da comunidade, a observação direta do papel do enfermeiro especialista e a sua intervenção especializada, no cuidado à pessoa idosa e família em diversos ambientes. No contexto hospitalar, UCA: a consulta dos registos de enfermagem; a identificação das necessidades formativas da equipa através da elaboração e aplicação de um questionário, seguido de formação em serviço; a construção de um instrumento de colheita de dados e respetivo guia de orientação para a avaliação

multidimensional da pessoa idosa, suportado pela pesquisa bibliográfica realizada; a participação de toda a equipa na implementação do instrumento em contexto da CE; a contextualização da intervenção à pessoa idosa e família no percurso perioperatório.

Foi ainda utilizado como recurso, o dossiê de estágio, que foi elaborado com o propósito de reunir toda a documentação relacionada com o projeto, também para servir como elo de ligação na transmissão de informação entre turnos, e ainda, materializar uma caixa de sugestões ou banco de ideias. Tendo sido amplamente divulgado a toda a equipa pluriprofissional, ficou acessível para consulta na sala de trabalho. A mesma documentação, ficou ainda disponível em ficheiro informático em todos computadores da unidade. O documento de orientação da avaliação pré-operatória ficou disponível no gabinete da CE.

Durante esta etapa, foi preponderante desempenharmos o papel de elemento ativo e participante do grupo, motivando e envolvendo a equipa para um exercício proativo em todo o processo. Perante situações adversas ao planeamento, salientamos a importância da necessidade de reajustamento estratégico sempre que necessário, de modo a concretizar os objetivos definidos (Ruivo et al., 2010).

iv. Avaliação: este foi um processo complexo, mas permanente no decurso do projeto, estando implicadas diversas vertentes de análise e reflexão sobre o percurso desenvolvido entre os objetivos iniciais e os resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

Procedeu-se também a avaliações intermédias, que segundo Ruivo et al. (2010) devem ocorrer em simultâneo com a etapa de execução, com o objetivo de realizar os ajustes necessários. Desta forma, decorreram reuniões com a equipa na sua totalidade e por vezes, em pequenos grupos, para assim questionar e refletir sobre os cuidados prestados às pessoas idosas e família no âmbito do projeto, de forma a obter sugestões para possíveis melhorias e a reequacionar novas atividades.

Destacamos a importância das reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora e também as reuniões de orientação tutorial em sala de aula, com os colegas de curso, que decorreram nas instalações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), durante o tempo de estágio. Foram momentos de partilha, reflexão e aprendizagem, que permitiram analisar as práticas de cuidados perspetivando o projeto, na sua implementação e avaliação.

Salientamos ainda a elaboração de um portfólio durante este percurso, como estratégia formativa, e que permitiu melhorar a capacidade de reflexão sobre o conhecimento adquirido, bem como, despertar maior consciencialização para as competências a adquirir.

Com a avaliação final do projeto torna-se necessário verificar a consecução dos objetivos previamente definidos, embora seja um processo que carece de rigor e objetividade, torna-se essencial que todos os participantes possam partilhar expectativas, satisfação, aprendizagens, interesses, ocasiões mais ou menos apreciadas durante o percurso, contribuindo com sugestões de melhoria do projeto e ideias para o futuro (Ruivo et al., 2010).

v. Divulgação dos resultados: com esta etapa pretendemos dar conhecer a pertinência do projeto e o percurso efetuado na resolução do problema identificado, através da elaboração do respetivo relatório final.

Com o objetivo de explorar o estado da arte sobre o problema identificado, procedemos à revisão da literatura pesquisando na base de dados EbscoHost (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text), BVS, NICE, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Internet, Centro de Documentação ESEL (livros e periódicos); usando os descritores: elder*, nurs*, surgery*, perioperative car* e geriatric assessment*, de modo a obter um quadro de referência para contextualizar a problemática em estudo, avaliar os resultados da investigação e permitir generalizações (Fortin, 1999).

Afim de procedermos à revisão da literatura, estabelecemos como questão de partida: “Quais as intervenções de enfermagem com potencial para modificar fatores de risco associados à cirurgia (I) em contexto ambulatorio (Co) na pessoa idosa e família (P)?

5. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As atividades previstas para o desenvolvimento de competências no âmbito deste projeto, foram concretizadas no decorrer do estágio curricular, em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalar, entre 26 de setembro de 2016 e 12 de fevereiro de 2017.

Nesta etapa, as atividades desenvolvidas advêm dos objetivos específicos previamente delineados, com o intuito de desenvolver competências individuais e junto da equipa de enfermagem. Este capítulo pretende dar a conhecer as atividades, respetiva fundamentação e consequente reflexão sobre os resultados alcançados, de acordo com a sequência cronológica do seu desenvolvimento e a articulação entre as diferentes atividades.

5.1. Desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família

Estabelecemos como objetivo geral desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família nos diversos contextos, sendo este transversal a todo o estágio, e como objetivos específicos: I. Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a pessoa idosa e família em diversos contextos; II. Prestar cuidados de enfermagem como enfermeiro especialista junto da pessoa idosa e família nos diversos contextos.

As etapas que se seguem descrevem as atividades desenvolvidas para a concretização dos resultados estabelecidos.

5.1.1. Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em contexto da comunidade e hospitalar.

- Contexto de cuidados de saúde primários – Unidade de Saúde Familiar

Os cuidados de saúde primários (CSP) assumem uma importância capital enquanto primeiro nível de contato dos clientes e comunidade com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), permitindo promover a saúde, antecipar necessidades e prevenir a doença.

Neste contexto, o enfermeiro integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, onde se destacam atividades como a educação para a saúde, a manutenção, o restabelecimento, a coordenação, a gestão e a avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade. Detém um papel multifacetado e de proximidade com as famílias, que o colocam em situação privilegiada nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde, enquanto agente facilitador da mudança.

O estágio realizado neste âmbito, decorreu numa unidade de saúde familiar (USF)³³ pertencente ao agrupamento de centros de saúde (ACES) da zona de referência do hospital ao qual pertence a UCA, sob orientação de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) - vertente pessoa idosa.

A USF está inserida numa área urbana do município de Lisboa. A equipa da USF é composta por 7 médicos, 6 enfermeiros, 5 secretários clínicos e 1 assistente operacional, possui também, um assistente social, um psicólogo e um fisioterapeuta em regime parcial, afetos à Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do respetivo ao ACES. A caracterização da unidade face à população em estudo, pode ser consultada no (Apêndice III).

Foi um percurso de 4 semanas entre 27 de setembro de 2016 e 28 de outubro de 2016, onde acompanhámos o enfermeiro orientador do local de estágio durante a realização de consultas de enfermagem de vigilância de saúde do idoso com doença crónica, nomeadamente Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, na sala de tratamentos de enfermagem, na visita domiciliária (VD), entre outros.

A possibilidade de integrar a equipa multidisciplinar desta unidade permitiu conhecer e refletir sobre os cuidados prestados à pessoa idosa e família, através da observação de práticas e em entrevistas informais junto dos enfermeiros. Procurámos perspetivar a

³³ USF – unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Decreto-Lei n.º 73/2017).

organização e a dinâmica existente neste contexto de cuidados, discutindo e analisando todas as situações emergentes da prática clínica nesta realidade. Tal como refere Nelson e Carrington (2011), os enfermeiros da comunidade detêm uma posição privilegiada para melhor conhecer a pessoa e o seu contexto envolvente, de forma a detetar precocemente necessidades não satisfeitas e respostas não adaptativas.

O domicílio é o local privilegiado para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes e seus familiares, sendo a visita domiciliária a estratégia de intervenção de enfermagem mais adequada. Neste contexto, a prestação de cuidados ocorre no ambiente de vivência habitual da pessoa idosa, inserida numa família e pertencendo a uma comunidade, pelo que o foco de atenção do enfermeiro deverá centrar-se na promoção da autonomia e na resolução dos problemas identificados garantindo respeito, promovendo a negociação e partilha de poder, conseguindo uma maior interação e proximidade (Gomes, 2009).

A possibilidade de prestar cuidados e interagir com a pessoa idosa e família no seu ambiente familiar e privado, constituiu um desafio pela multiplicidade de papéis com que somos confrontados em cada experiência de visita domiciliária. Perante a constante imprevisibilidade e a diversidade de situações encontradas, procurámos através da observação participante do exercício do enfermeiro especialista, de forma não estruturada, efetuar notas de campo, refletindo sobre o seu papel e a sua prática avançada de enfermagem centrada na pessoa idosa e família, no seu meio ambiente.

Collière refere que “(...) cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida quotidiana, os cuidados são o motor do apoio no domicílio, sejam eles prestados pelas pessoas próximas ou pela equipa prestadora de cuidados” (Collière, 2001, p.332).

Estes cuidados de proximidade permitem ao enfermeiro um maior conhecimento do contexto de vida da pessoa idosa e sua família, o que proporciona maior capacidade para avaliar necessidades reais, detetar situações de risco, de forma a planear intervenções ajustadas ao seu projeto de vida. Esta parceria que se estabelece, baseada em

compromissos definidos em conjunto, permite assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, em ambiente familiar.

Constatámos que o enfermeiro especialista possui um vasto conhecimento sobre a pessoa idosa e família, considera a sua globalidade e singularidade quando, em situação de doença, dependência e vulnerabilidade, estrutura a sua intervenção individualizada tomando decisões clínicas, fundamentadas na evidência científica. Percebemos também, que ao nível multidisciplinar, se verifica uma partilha de responsabilidades com o médico de Medicina Geral e Familiar de referência, face ao planeamento de cuidados. Sempre que identificada a necessária intervenção, também se processa o encaminhamento para a técnica de serviço social ou para a psicóloga clínica.

No decurso da VD, refletindo sobre as experiências da prática clínica do enfermeiro especialista, percebemos que as visitas pelo facto de decorrem no próprio domicílio das pessoas idosas pertencentes à sua lista de referência, constituem momentos chave na construção de uma relação de confiança. A prestação de cuidados está assente em premissas relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem, e as intervenções são planeadas de acordo com uma efetiva avaliação de necessidades, em contexto de parceria com a pessoa idosa, a sua família, e a equipa multidisciplinar. Detém ainda, uma importante função como elo de ligação e interdisciplinaridade nos cuidados de proximidade a esta população, quando reconhece os limites da sua atuação clínica e promove a articulação com outros profissionais, através do respetivo encaminhamento. Percebemos que existe uma boa articulação com o médico de Medicina Geral e Familiar de referência.

Observámos ainda, que os enfermeiros envolvem os cuidadores sempre que necessário, proporcionando orientações educativas ao nível da instrução e treino para o cuidado dependente, disponibilizando apoio e informação sobre os recursos disponíveis, encaminhando para instituições sociais de apoio na comunidade.

Procurámos sempre, concretizar uma prestação de cuidados individualizada, procurando conhecer a pessoa idosa e família, a sua história de vida, a contextualização da sua doença, os seus pontos de vista, as suas expectativas, os seus recursos e a sua rede de apoio. No contexto da VD, existindo maior disponibilidade de tempo útil para o cuidar, e face ao carácter

desafiante da mesma, procurámos concretizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, recorrendo a instrumentos de avaliação validados, consoante a pertinência da sua utilização. A avaliação global da pessoa idosa, a contextualização do seu processo de envelhecimento, a sua dignidade e direito à autodeterminação, levam à consecução de um plano individualizado de cuidados, negociado em parceria, que demonstra uma prática especializada profissional e tomada de decisão ética, assente em princípios, valores e normas deontológicas.

Participámos na VD prestando cuidados à pessoa idosa e família em diversos domínios, nomeadamente na identificação das suas necessidades contextualizadas no seu ambiente familiar e, no desenvolvimento de ações educativas para a saúde que visaram temas como a alimentação, cuidados com dispositivos de eliminação vesical, gestão da medicação, prevenção de quedas e apoio psicológico.

Em contexto da sala de tratamentos de enfermagem, prestámos cuidados à pessoa idosa em situação pós-operatória, encaminhada pela UCA do hospital de referência. Refletindo sobre este processo de transição, nomeadamente ao nível da comunicação e da interligação como fatores adjuvantes da continuidade dos cuidados à pessoa idosa e sua família, identificámos a inexistência de carta de alta de enfermagem, o que motivou o desenvolvimento de entrevistas com os enfermeiros da unidade, afim de percebermos as estratégias adotadas em equipa para colmatar esta lacuna.

Como é referido em diversos estudos, a transição entre os diversos níveis de cuidados de saúde constitui um período de vulnerabilidade para as pessoas idosas, onde as comorbilidades e as limitações funcionais podem propiciar maior complexidade de cuidados e a necessidade de múltiplos cuidadores, pelo que a ocorrência de quebra de comunicação e informação, pode comprometer a continuidade de cuidados (Berg et al., 2011; Nelson & Carrington, 2011; Mitchell, 2014; Malley et al., 2015; Mitchell, 2016; Renholm et al., 2016). Perante a necessidade manifestada, surgiu a oportunidade de perspetivar a articulação entre a UCA e esta USF, no sentido de se agilizarem processos de intercomunicação entre os dois níveis de cuidados e de se sistematizar a informação transmitida pelos enfermeiros no contexto dos cuidados pós-operatórios. Deste modo, a convite da equipa de enfermagem foi elaborada uma apresentação que perspetivasse esta realidade, e que culminou com a

sessão de apresentação à equipa multidisciplinar da USF no dia 28 de outubro de 2016, às 12h e 15m dentro do horário semanal da reunião multidisciplinar da USF (Apêndice IV). Estiveram presentes apenas os 6 enfermeiros por estar a decorrer em simultâneo uma formação para os médicos. No final, procedeu-se à avaliação fomentando-se um momento de partilha de opiniões e esclarecimento de questões. A avaliação global foi de muito bom com a participação da totalidade da equipa de enfermagem.

Procedemos à compilação de todos os folhetos informativos específicos de cada intervenção cirúrgica da UCA, em ficheiro informático, disponibilizado em todos os computadores da USF, de modo a facilitar a continuidades cuidados.

Procurámos conhecer a operacionalização dos registos de enfermagem, neste contexto, através da utilização da plataforma SClinico – CSP. Define-se como um sistema de informação evolutivo, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrado na pessoa. Insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. O acesso à informação clínica, a utilização e partilha dos dados entre os profissionais de saúde de diferentes áreas, bem como a sistematização dos mesmos, permitirá uma uniformização das práticas promovendo maior eficiência e eficácia da atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, incrementando o seu papel na equipa multidisciplinar, visando, desta forma, uma melhoria continua da qualidade dos cuidados (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2017).

Neste percurso, foi fundamental o exercício da capacidade de reflexão e análise da prática clínica junto da pessoa idosa e família inserida na comunidade, em conjunto com o enfermeiro orientador do local de estágio e também de índole individual, desenvolvendo uma maior aptidão para uma prática reflexiva sobre as aprendizagens.

- Contexto de cuidados diferenciados – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

O carácter inovador da cirurgia realizada em contexto de ambulatório assenta num conceito organizativo, centrado na pessoa que vai ser submetida a cirurgia, direcionando-a

por um percurso diferente do convencional, em que se promove a personalização dos cuidados e se obtêm maiores ganhos ao nível da humanização, satisfação e qualidade. É visto como um caminho a seguir para um serviço de saúde que se pretende mais eficiente e rentável (CNADCA , 2008).

Todo o planeamento de cuidados deve centrar-se na pessoa e sua família, potenciando todas as vantagens desta abordagem cirúrgica. Ao debruçarmo-nos na vertente da pessoa idosa em CA, torna-se imperativo o desenvolvimento de intervenções capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades identificadas, permitindo minimizar custos e evitar dependências. A diversidade que caracteriza o envelhecimento, bem como, a atual realidade social e familiar, exigem novas respostas dos serviços de saúde e novas competências profissionais (DGS, 2004).

O estágio em meio hospitalar decorreu no período compreendido entre 31 de outubro de 2016 e 10 de fevereiro de 2017. A UCA do hospital de referência, existe desde 2004, foi pioneira e é um exemplo a nível nacional. É uma unidade funcional da área de cirurgia do hospital, autónoma, tendo funcionado em dois polos distintos até ao ano de 2016, altura que se verificou uma reestruturação da unidade com a aplicação de um novo formato organizacional que conduziu ao encerramento de um dos polos existentes. No (Apêndice V), pode ser consultada uma caracterização mais pormenorizada da unidade.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e quatro enfermeiros em que cinco são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um dos quais na vertente da pessoa idosa. Constituem também a equipa multidisciplinar, cirurgiões das diversas especialidades cirúrgicas que realizam cirurgias em ambulatório, anestesiólogistas afetos à unidade, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A gestão da unidade é assegurada por uma equipa coordenadora da qual fazem parte o cirurgião coordenador, o enfermeiro chefe e o anestesiólogista responsável.

A prática de enfermagem, em contexto de CA, pressupõe uma abordagem individualizada, na qual o enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas da pessoa, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, afim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar da pessoa, antes,

durante e após a cirurgia (AESOP, 2012). Visando a excelência, o enfermeiro procura desenvolver um “conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p. 108).

Como anteriormente referido neste trabalho, para a pessoa idosa e a sua família, a CA apresenta múltiplas vantagens, uma vez que se verifica um rápido regresso a casa sem necessidade de interrupção da medicação habitual; menor risco de desorientação, pois oferece a possibilidade de recuperar em ambiente familiar com um impacto mínimo na rotina diária, aspeto relevante para a população idosa para quem o fenómeno da hospitalização é um acontecimento adverso; menor ansiedade, o que se repercute numa menor taxa de complicações pós-operatórias; e um menor risco de infeções associadas aos cuidados de saúde³⁴ (IACS) (Ferreira, 2013).

Mobilizando os conhecimentos já adquiridos durante a frequência deste curso, aliados à pesquisa bibliográfica e em constante reflexão sobre a nossa prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família, cresceu o impulso de mudança tendo por objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Neste âmbito, procurámos exercer uma prática de enfermagem, individualizando os cuidados, centrando-os na pessoa idosa e sua família, realizando novas aprendizagens fundamentadas na evidência científica, com contributos significativos para o processo de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001).

A vivência da experiência cirúrgica pela pessoa idosa, exige uma relação interpessoal, assente no respeito pela sua autonomia e na partilha de poder, devendo ser encarada como um parceiro ativo no cuidado, estabelecendo objetivos para a sua recuperação em conjunto com o enfermeiro, atuando este como agente facilitador de uma participação ativa nas

³⁴ IACS – é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que pode também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade (DGS, 2007). Podem agravar o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos (DGS, 2016).

decisões relacionadas com o seu tratamento, recuperação, saúde e projeto de vida (Gomes, 2009).

Em ambos os contextos de estágio, procurámos efetuar uma colheita de dados com o objetivo de conhecer a pessoa idosa, as diversas dimensões da sua vida, capacidades e dificuldades, bem como os seus recursos individuais e familiares. Pelo que utilizámos instrumentos de avaliação, afim de concretizar uma detalhada avaliação multidimensional da pessoa idosa, considerando a sua globalidade e singularidade, de forma a intervimos adequadamente, permitindo à mesma continuar com a sua trajetória de vida e saúde.

Dentro da equipa multidisciplinar, e ao longo do percurso perioperatório, em conjunto com o médico cirurgião e médico anestesiológista, procurámos capacitar a pessoa idosa para uma tomada de decisão devidamente informada e esclarecida. A partilha de responsabilidades foi transversal a todo o percurso da pessoa idosa, assim o médico cirurgião assumindo a responsabilidade de avaliar problemas subjacentes que pudessem resultar em complicações intraoperatórias inesperadas, o médico anestesiológista garantindo a identificação e avaliação de todos os problemas conhecidos suscetíveis de complicação durante o período anestésico ou na execução da abordagem anestésica prevista, o enfermeiro assegurando uma avaliação dos fatores desencadeantes de alterações ou complicações, durante todo o período perioperatório, que possam dificultar os processos de transição no sentido de uma maior sensação de bem-estar (Rothrock, 2008).

Sempre que foram identificadas necessidades noutras áreas de intervenção procurámos encaminhar a pessoa idosa para os técnicos de referência, concretamente a assistente social, a psicóloga clínica, grupos de ajuda existentes na instituição, e para a assistência espiritual e/ou religiosa hospitalar.

Ao desenvolver cuidados especializados na prática clínica, procurámos elaborar estudos de caso (Apêndice VI) de forma a exercitar a capacidade de colheita de informações junto da pessoa idosa e sua família, de modo organizado e sistematizado, refletindo sobre as necessidades de saúde encontradas, construindo e definindo intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A CA apresenta-se efetivamente como um caminho a seguir, com um paradigma centrado na pessoa idosa e numa resposta mais objetiva na satisfação das suas necessidades, mantendo o mesmo nível de qualidade, com uma maior eficácia sem abdicar de um ambiente seguro e humanizando. A emergente necessidade de reflexão individual sobre a atuação e a vivência da nossa prática de cuidados em contexto de estágio, resultou num processo de aprendizagem experiencial através da reconstrução do que foi vivenciado, em que a reflexão e interiorização na e sobre a ação, recorrendo ao ciclo de Gibbs, contribuiu para o aperfeiçoamento de competências de aprendizagem e para a incorporação de novos saberes.

Todo este percurso também interpelou a equipa da UCA, na qual passámos a deter um papel de referência com conhecimentos específicos na pessoa idosa, chamados a partilhar contributos sobre a nossa área de intervenção, facultando o estudo de caso realizado, o que motivou uma reflexão sobre a prática de cuidados em equipa e contribuiu como estratégia com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A análise das práticas, centrada na pessoa idosa e família, é vista como uma estratégia de construção de saberes na prática de cuidados de enfermagem (Gomes, 2009).

A realização deste estágio em contexto intra e extra-hospitalar, preconizou o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista na área clínica de cuidado à pessoa idosa e família, bem como incentivou a constante autoaprendizagem e o aprofundamento de conhecimentos. A prática reflexiva sobre a intervenção do enfermeiro especialista na pessoa idosa, aliada à prestação de cuidados de enfermagem individualizados e centrados na pessoa e família, e em parceria, visando a reparação, o tratamento ou a manutenção de vida, e possibilitando uma recuperação mais efetiva e integrada, revelou-se fundamental como estratégia promotora da qualidade dos cuidados de enfermagem. Mais concretamente no fenómeno da vivência cirúrgica pela pessoa idosa, em que a intervenção de enfermagem visou a potenciação do autocuidado e a minimização da descontextualização cultural e de papéis, a facilitação nos processos de transição com vista a uma melhor perceção de autoeficácia³⁵ e de aprendizagem na reconstrução da autonomia,

³⁵ Autoeficácia – refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado. A autoeficácia é uma importante componente da motivação, na medida em que avalia o desempenho de uma pessoa em determinado contexto,

resultando na conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados em CA, sustentada pela abordagem de Collière e pela teoria das transições de Meleis.

Sublinho também a presença em eventos científicos para enriquecimento deste percurso, permitindo a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais. A participação no *workshop* intitulado “Nunca é tarde... controlo da dor na pessoa idosa”, que se realizou no dia 27 de janeiro de 2017 no auditório da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, no âmbito do 15º Convénio da ASTOR 24ªs Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta (Anexo II), proporcionou a reflexão sobre a temática da dor na pessoa idosa e a importância do papel dos enfermeiros sobre a mesma, revelando conceitos de elevada pertinência para o desenvolvimento do projeto em geral e especificamente no âmbito da avaliação e controlo da dor pós-operatória da pessoa idosa em CA.

Numa análise mais abrangente, esta trajetória permitiu o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal gerindo e avaliando efetivamente processos de tomada de decisão ética de maior complexidade; no domínio da melhoria contínua da qualidade através da implementação de orientações e boas práticas no processo de cuidados de enfermagem; no domínio da gestão dos cuidados potencializando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão na realidade da pessoa idosa e família; e no domínio das aprendizagens profissionais enquanto elemento de referência e agente facilitador do processo de aprendizagem dentro da equipa.

5.2. Implementação de intervenções sistematizadas de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

Afim de concretizar o segundo objetivo geral, estabeleceram-se como objetivos específicos: I. Desenvolver competências no cuidado à pessoa idosa e família submetida a

tendo conseqüências diretas na aquisição e mudanças de comportamento (Leite, 2012), citando (Bandura, 1977, 1997, 2008).

cirurgia em contexto ambulatorio; II. Intervir junto da equipa de enfermagem para cuidar da pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio; III. Intervir como enfermeiro especialista na sistematização das intervenções de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio.

Seguidamente estão descritas as atividades realizadas para consecução dos referidos objetivos.

5.2.1. Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

A realização de pesquisa bibliográfica sobre a avaliação e intervenção do enfermeiro junto da pessoa idosa família submetida a CA, permitiu o aprofundamento de conhecimentos sobre a pessoa idosa, as suas necessidades e especificidades de cuidado, tendo sido uma atividade transversal a todo o período de estágio.

Quando se fala “em cuidado no singular, a palavra designa *a atenção prestada, a preocupação com...* (...). O cuidado, liberto do seu contexto biomédico, deixa então de ser confundido com atos de cuidados, para se revelar o fermento essencial à vida (...)” (Hesbeen, 2003, p.58). Desta forma, e no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem em CA procurámos desenvolver uma abordagem compreensiva e holística, que nos permitisse uma intervenção individualizada, centrada na pessoa idosa e família, com o intuito de, em parceria, ajudar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado, implementando práticas seguras e de qualidade (Portaria nº19 29-01, 2012). Subsistia a expectativa de vivenciar boas práticas de cuidados, pelo que optámos por uma observação inicial das práticas do enfermeiro especialista de referência do local de estágio, em contexto da consulta pré-operatória de enfermagem. Este exercício permitiu-nos refletir e partilhar conhecimentos, onde sobressaiu a importância dada às interações entre o enfermeiro e a pessoa idosa na forma de conversas terapêuticas. Pois segundo Wright & Leahey (2013), a conversa numa entrevista é terapêutica por permitir o potencial de mudança para os intervenientes e o

reconhecimento do potencial de cura que a pessoa idosa e a sua família podem deter quando confrontadas com a cirurgia.

Também Hesbeen (2000), realça a capacidade do enfermeiro em ir ao encontro do outro, de tecer laços de confiança e de caminhar com o mesmo no âmbito de um projeto de cuidados. Salienta ainda, que para conseguir iniciar e ajustar este movimento que conduz ao outro, os enfermeiros são chamados a dialogar, a refletir, a analisar, a identificar os elementos que constituem a situação de vida da pessoa que é cuidada e, consoante a situação, em conjunto com a pessoa e os familiares identificar um horizonte para o qual pretendem progredir. Esta é a base que permite a construção de uma relação de confiança, fundamental no processo de cuidados de enfermagem, e sobre a qual tivemos oportunidade de refletir e partilhar.

Contudo esta abordagem ideal centrada na pessoa idosa, está longe de ser uma prática do nosso quotidiano devido a constrangimentos relacionados com própria estrutura organizativa da UCA e em práticas de enfermagem centradas na doença e nas necessidades do serviço, o que vai encontro ao sugerido pela literatura. Para Silva, Vicente & Santos (2014), persiste um atendimento centrado na doença, o que pode resultar numa estagnação das práticas de enfermagem, refere também como obstáculo, o desconhecimento sobre o processo de envelhecimento da pessoa idosa.

Apesar destas condicionantes, ao refletir sobre o nosso contexto de prática, constatámos que de um modo geral, os enfermeiros realizam a CE numa abordagem de parceria com a pessoa idosa e família, uma vez que dependem desta interação para promover a continuidade dos cuidados no domicílio. No entanto evidenciou-se a dificuldade em alicerçar esta prática em modelos conceituais, que permitam considerar a pessoa idosa como parceira nos cuidados, a sua singularidade e o seu potencial de desenvolvimento, afim de promover o seu projeto de saúde e de vida (Gomes, 2009). Embora não sendo o modelo conceitual de referência escolhido para a execução do projeto, considerámos importante debater o modelo de intervenção em parceria desenvolvido por Gomes (2009) de modo permitir o aprofundamento de conhecimentos da equipa de enfermagem. O enfermeiro de referência do local de estágio sugeriu a apresentação do modelo como estratégia de promoção da reflexão sobre a prática de cuidados, procurando conhecer a evidência científica e transferi-

la para o nosso contexto. Desta forma, dinamizámos a reunião semanal da equipa num formato *journal club*³⁶, em que efetuámos a referida apresentação (Apêndice VII). No final, partilhámos opiniões e experiências e foi consensual o interesse manifestado pela equipa em aprofundar conhecimentos sobre a temática, de forma a permitir o posterior desenvolvimento e aplicação em novos projetos.

5.2.2. Intervenção junto da equipa de enfermagem para cuidar da pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

- Divulgação do projeto de estágio à equipa de enfermagem

A sessão de apresentação do projeto foi programada para a segunda semana de estágio tendo sido efetuada a respetiva divulgação. No dia 11 de novembro de 2016 realizou-se a sessão de divulgação do projeto (Apêndice VIII), na sala polivalente de reuniões, com a duração total de 50 minutos, estando presentes 15 enfermeiros, enfermeiro chefe do serviço e enfermeiro de referência do local de estágio a quem também está atribuído a dinamização da formação em serviço. Teve como propósito apresentar o projeto e motivar a equipa a aderir e participar na implementação do mesmo. Procedeu-se à contextualização da problemática em estudo, dando a conhecer a mais recente evidência científica, transmitiram-se os dados colhidos na fase de diagnóstico da situação, bem como a finalidade e os objetivos a atingir. Durante apresentação recorreu-se ao método expositivo como forma de divulgação, e ao método participativo, procurando incentivar a discussão de todos os intervenientes sobre a importância do tema e a sua pertinência no atual contexto da prática, partilhando dificuldades sentidas, auscultando sugestões e esclarecendo dúvidas como estratégia de motivação da equipa. Aos 6 enfermeiros que não assistiram à sessão, realizámos nesse mesmo dia sessões em pequenos grupos, recorrendo ao computador pessoal, afim de assegurar a apresentação do projeto a toda a equipa e incentivar a sua participação.

³⁶ *Journal club* – são reuniões informais entre profissionais, têm como propósito a revisão da literatura atual em enfermagem, discutir a informação e a evidência fornecida, identificando potenciais mudanças na prática de cuidados com o objetivo último de melhoria da qualidade dos cuidados (Johnson, 2016).

As presenças foram registadas em impresso próprio da instituição, tendo sido atingidos os resultados previstos uma vez que foi possível a divulgação à totalidade dos elementos da equipa, com exceção de um elemento ausente por licença de maternidade. Sobre a pertinência do projeto constatámos o consenso geral da equipa na vontade em partilhar este percurso.

- Identificação das necessidades formativas da equipa de enfermagem

Ao enfermeiro especialista é solicitado que detenha um papel ativo na promoção das aprendizagens dentro da equipa, possibilitando o desenvolvimento de espaços de reflexão sobre as práticas, cimentando a liderança e o incentivo contínuo à mudança. Desta forma, assume particular importância o diagnóstico das necessidades formativas expressas pela equipa e as necessidades individuais de cada elemento (OE, 2010). Também para Collière (1999), os serviços são lugares privilegiados para expressão da prática profissional, onde é possível mobilizar e ajustar conhecimentos.

Deste modo, optámos pela utilização do questionário (Apêndice IX) como método de colheita de dados junto da equipa. Dado que o mesmo se apresenta como um instrumento que possibilita a recolha rigorosa de informação junto dos participantes, através de um conjunto de questões estruturadas com o objetivo de obter informação factual sobre os próprios, e também sobre acontecimentos, atitudes, crenças, opiniões e conhecimentos. A natureza impessoal do questionário aliada à apresentação uniformizada e ordenada asseguram a fidelidade, facilitando as comparações entre os participantes. Possui ainda a vantagem de ser um método pouco dispendioso, de preenchimento rápido, a que se associa o anonimato das respostas, permitindo uma maior liberdade na expressão de opiniões (Fortin, 1999).

Construímos assim um instrumento de medida que possibilitou a colheita de dados relacionados com a identificação das especificidades da intervenção de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio. Esta conceção obedeceu ao enquadramento objetivo da problemática, ao conhecimento aprofundado sobre o fenómeno em estudo e da natureza dos dados a recolher (Fortin, 1999). Na formulação

das questões optámos por um questionário misto, no qual as questões de resposta livre foram enunciadas numa ordem lógica visando conhecer a opinião sobre as temáticas apresentadas no contexto em estudo. As questões fechadas ou de escolha fixa foram de carácter dicotómico e de gradação, nesta última categoria utilizámos a escala de *Likert* na qual os enunciados propostos refletiam a opinião sobre o tema, permitindo a mensuração da frequência de utilização e a subsequente análise estatística (Fortin, 1999).

A primeira redação do questionário culminou com a revisão pela professora orientadora. Posteriormente, afim de avaliar a sua eficácia e pertinência, efetuou-se o pré-teste do questionário junto de três enfermeiros externos à equipa de enfermagem da UCA (Fortin, 1999). Após reformulação, a versão definitiva foi entregue em mão a todos os elementos a 21 de novembro de 2016, tendo sido solicitado o seu preenchimento e devolução até ao dia 28 do mesmo mês. Foi disponibilizada uma pasta na sala de trabalho para colocação dos questionários respondidos pelos participantes autonomamente (Fortin, 1999). Contudo, no dia estabelecido constatámos a existência de metade dos questionários entregues, o que motivou o prolongamento do prazo para entrega até ao dia 05 de dezembro de 2016 como incentivo à participação de todos os elementos.

Dos 22 questionários distribuídos obtivemos 18, o que traduz uma boa adesão e participação, em que a taxa de resposta foi de 81,8% acima dos resultados esperados para esta atividade. Entre os dias 5 e 9 de dezembro, procedemos ao tratamento estatístico dos dados colhidos (Apêndice X), desenvolvendo uma análise descritiva dos dados com as questões de escolha fixa e recorrendo ao método de análise de conteúdo de forma a explorar a profundidade da resposta às questões abertas. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, define-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens com o propósito de construir inferências lógicas e justificadas de conhecimentos.

A primeira fase da análise de conteúdo consiste na organização da informação disponível, com o objetivo de sistematização das ideias principais e para a elaboração de indicadores a serem posteriormente interpretados. Procedemos à transformação dos dados em bruto e à sua agregação em unidades de registo e de contexto, permitindo o recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática, que “consiste em descobrir

os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (Bardin, 2009, p.105). Preparámos todo o material escrito recolhido recorrendo à construção de tabelas de modo a agilizar o processo de tratamento de dados. A segunda fase do método corresponde à análise sistemática de toda a informação na qual, reportando-se aos objetivos e à literatura consultada, procedemos ao agrupamento das unidades de significação e à subsequente definição de categorias e subcategorias. Na terceira fase, o tratamento dos resultados obtidos permitiu propor inferências e fundamentar interpretações de acordo com a intenção da nossa análise (Bardin, 2009).

Os resultados da análise evidenciaram alguns elementos também encontrados na literatura pesquisada. A importância da avaliação das necessidades da pessoa idosa na prática de cuidados foi considerada muito importante para 89% dos enfermeiros e importante para os restantes 11%, nomeadamente para conhecer a pessoa idosa, as suas necessidades e dificuldades, afim de individualizar os cuidados, planejar adequadas intervenções e prevenir complicações. Relativamente à realização da avaliação no âmbito da consulta de enfermagem todos os enfermeiros, 100%, referiram que a realizam sempre. O modo de avaliação utilizado desenvolve-se num formato informal e não sistemático, através do diálogo e da observação direta. O momento da consulta é o mais referenciado para proceder à avaliação, contudo também se verificaram referências a todo o período perioperatório. As dimensões avaliadas reportam-se a alguns dados do contexto de vida da pessoa idosa e sua família, nomeadamente, identidade, situação sociofamiliar, contexto da doença e recursos disponíveis. Quando questionados sobre a modificação da avaliação perante as especificidades da pessoa idosa, 89% dos enfermeiros manifestaram esta intenção em detrimento dos restantes 11% que não modificam a sua avaliação. Esta modificação está relacionada sobretudo com a necessidade de adaptação, quer do discurso quer da informação escrita disponibilizada, através de uma percepção intuitiva perante possíveis alterações cognitivas e sensoriais que possam interferir naquela situação concreta do processo de cuidados. A existência de instrumentos de avaliação é reconhecida por 44% dos enfermeiros, contudo a sua utilização não está implementada. No que concerne à existência de dificuldades na avaliação, as características da pessoa idosa são o fator que mais interfere, sendo também mencionados a falta de tempo e a ausência de familiares. Face às

intervenções de enfermagem desenvolvidas, as mesmas deverão ser orientadas para as necessidades identificadas, onde destacamos as estratégias educativas a utilizar perante a singularidade da pessoa idosa, a promoção da independência através da estimulação do autocuidado, o envolvimento da família e a transferência de cuidados para o domicílio.

Desta forma, através do referido questionário, obtivemos um retrato da realidade dos cuidados e detetámos as necessidades formativas da equipa, o que nos permitiu uma reflexão e motivou a realização da sessão de formação à equipa. Como refere Collière (1999), os serviços são locais, por excelência, onde é possível aliar a reflexão à ação. Perante a constatação da nossa realidade surge o desafio em desenvolver uma mudança das nossas práticas, essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

- Formação em serviço

As instituições de saúde devem proporcionar o desenvolvimento de ambientes reflexivos, fomentando a aprendizagem em equipa, que promovam a autonomia, novos estilos de liderança, detendo uma visão partilhada nas redes funcionais de intercomunicabilidade entre todos os intervenientes. Para os enfermeiros, o ambiente de trabalho é uma excelente fonte de formação que permite interiorizar e aprofundar a maior parte dos conhecimentos cognitivos adquiridos noutros contextos formativos. Neste âmbito a formação em serviço assume particular importância por permitir contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem (Menoita, 2011).

A formação em serviço veicula as transformações entre o conhecimento e a prática, promovendo a reflexão sobre os processos de trabalho e as suas competências. Os contextos de trabalho são espaços importantes de aprendizagem e socialização, através dos quais se reforçam comportamentos de consolidação de saberes e de experiências, promovendo a reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação (Ferreira, 2015). Como estratégia de melhoria contínua da qualidade, a formação em serviço representa um recurso que permite ampliar e melhorar os conhecimentos dos enfermeiros, procurando a excelência dos cuidados de enfermagem prestados, através de uma ação baseada na evidência e do constante apelo à autoformação. Contudo, a sua eficácia depende da motivação e do

empenho da equipa na gestão das suas próprias competências, pelo que os espaços de reflexão fomentados devem ir ao encontro das necessidades formativas expressas pela própria, objetivando-se interesses e expetativas comuns (Menoita, 2011; Ferreira 2015).

Planeámos a intervenção junto da equipa de enfermagem realizando a sessão de formação em serviço, como resposta às necessidades identificadas e com o intuito de continuar a motivar a equipa à adesão na implementação do projeto. Elaborámos o plano da sessão em impresso próprio da instituição (Apêndice XI) e divulgámos a mesma. No dia 09 de dezembro de 2016 às 9h, na sala de reuniões, decorreu a sessão intitulada “O percurso da pessoa idosa na cirurgia de ambulatório – intervenção de enfermagem” (Apêndice XII), com a duração de 50 minutos e com a presença de 17 enfermeiros, enfermeiro chefe do serviço e o enfermeiro de referência do local de estágio. Pretendemos capacitar a equipa no cuidado à pessoa idosa e família durante o percurso perioperatório, através da implementação de uma avaliação e intervenção sistematizadas.

No decurso da sessão foi utilizada uma metodologia expositiva na qual foram transmitidos os resultados da análise dos questionários, sublinhando os objetivos da avaliação e intervenção junto da pessoa idosa e os eixos fundamentais para a sua sustentação. Esta partilha de resultados suscitou um maior interesse no tema e estimulou o comprometimento da equipa para a mudança de práticas. Procedemos à apresentação da primeira versão do instrumento de colheita de dados para avaliação multidimensional a ser implementado na consulta de enfermagem pré-operatória e do respetivo manual de preenchimento, tendo sido efetuada a sua distribuição a todos os elementos presentes. Foi unanimemente decidido submeter os referidos documentos a um período experimental com a duração de uma semana, afim de aferir questões de interpretação e de construção do próprio instrumento. Ficou também estabelecido que durante o mesmo período estaríamos presentes em todas as consultas de enfermagem realizadas a pessoas idosas, como estratégia de motivação e incentivo da equipa, permitindo o esclarecimento de dúvidas e facilitando as aprendizagens em contexto de trabalho. Seguidamente divulgámos as principais recomendações (boas práticas) no cuidado perioperatório da pessoa idosa em CA, evidenciando a importância de orientações sistematizadas baseadas na evidência científica. Posteriormente optámos pelo recurso a uma metodologia participativa, na qual os participantes foram convidados a intervir

refletindo sobre a sua prestação de cuidados focando a temática do projeto, partilhando experiências e mobilizando conhecimentos, em que pretendemos exercitar hábitos de reflexão sistemáticos na equipa visando as aprendizagens através da experiência. Este exercício permitiu a autoconsciencialização da equipa para a necessidade de uma avaliação objetiva e sistemática em contexto de CE pré-operatória afim de possibilitar a implementação de adequadas intervenções individualizadas, devidamente fundamentadas pela literatura. Constatámos uma manifesta intenção da equipa em participar ativamente no desenvolvimento do projeto, por considerar muito pertinente a utilização do instrumento no âmbito da CE pré-operatória, reconhecendo no mesmo um meio para concretizar um plano de cuidados individualizado e personalizado a cada pessoa idosa e sua família em CA. Por último, procedemos à apresentação do dossier temático onde se efetuou a compilação de todo o material referente ao projeto, com o objetivo de servir como utensílio de suporte informativo e formativo durante todo o processo de implementação. Optámos ainda por criar o mesmo dossier em suporte informático, ficando o mesmo disponível no ambiente de trabalho de todos os computadores da UCA.

Para avaliação da sessão de formação e registo de presenças foi também utilizado o impresso próprio da instituição, que avalia a formação e a metodologia utilizada. Na sessão estiveram presentes 18 enfermeiros, excluindo o enfermeiro chefe, 1 enfermeiro ausente por licença de maternidade e o enfermeiro formador, tivemos uma taxa de adesão à formação³⁷ de 81,8%. A apreciação global foi considerada muito positiva, com uma boa avaliação ao nível técnico-pedagógico em que se atingiram os objetivos estabelecidos e concretizaram expectativas. Foram muitos relevantes os conhecimentos transmitidos e a teoria foi bem relacionada com a prática. A metodologia utilizada foi igualmente considerada muito positiva, em que o desempenho do formador foi considerado muito bom (Apêndice XIII).

Relativamente aos 4 enfermeiros que não assistiram à sessão, optámos por realizar nesse mesmo dia sessões em pequenos grupos com a duração de 30 minutos, recorrendo ao computador pessoal, de modo garantir o envolvimento de toda equipa e incentivar a sua participação. Contudo por não ter sido desenvolvidas no mesmo formato e duração, a

³⁷ Taxa de adesão à formação - número de enfermeiros da UCA presentes nas ação de formação em serviço realizada / número total de enfermeiros da UCA) X 100.

avaliação destas sessões não foi contemplada na apreciação global da sessão de formação em serviço.

5.2.3. Intervenção como enfermeiro especialista na sistematização das intervenções de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

Orientar, fornecer informação e educar constituem-se como intervenções autónomas de enfermagem, constam do enunciado descritivo dos padrões de qualidade de enfermagem definidos pela ordem dos enfermeiros (OE, 2002), onde o papel do enfermeiro ganha especial preponderância enquanto agente de autocuidado, promovendo a capacitação da pessoa idosa num processo de transição, em que se torna fundamental desenvolver comportamentos que contribuam para uma melhor adaptação à nova realidade de saúde, assentes em sentimentos de autoconfiança e bem-estar (Meleis, 2010).

A CE pré-operatória permite garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, o conforto, a humanização e a segurança da pessoa submetida a intervenção cirúrgica em contexto de CA. Estabelece como principais objetivos: a avaliação das necessidades físicas e psicológicas da pessoa; a descrição de todos os procedimentos desde a admissão até à alta, assegurando o envolvimento da família ou acompanhante nas decisões tomadas aumentando a confiança para a continuidade dos cuidados no domicílio; a entrega de um manual com informações e indicações perioperatórias; a transmissão de orientações educativas visando a alta e a sua posterior validação na CE pós-operatória não presencial “*follow-up*” (AESOP, 2013). No decurso da mesma, o enfermeiro acrescenta estratégias importantes através do apoio, a orientação e o desenvolvimento de um ambiente facilitador de aprendizagem (Petronilho, 2012).

Contextualizando a pessoa idosa no âmbito da CE torna-se crucial compreender todas as suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual afim de desenvolver um abordagem individualizada, que permita potencializar o seu conhecimento e habilidades durante todo o processo cirúrgico, sustentada numa avaliação multidimensional que possibilite o desenvolvimento de estratégias de intervenção sistemáticas e uniformizadas,

visando a obtenção de melhores resultados cirúrgicos com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar.

- Elaboração de um guia orientador para avaliação e intervenção à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

O exercício de reflexão em equipa evidenciou a necessidade de uma prática clínica fundamentada pela evidência científica que se concretizou com a elaboração de um documento de divulgação de recomendações sistematizadas (Boa Prática), orientador dos cuidados de enfermagem (OE, 2007). Em conjunto com a equipa de enfermagem, procedemos à elaboração do guia orientador denominado “Avaliação e intervenção de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatorio” (Apêndice XIV), onde se inclui o instrumento de colheita de dados (Apêndice XV) a ser aplicado na CE.

O período perioperatório reveste-se de grande vulnerabilidade particularmente para as pessoas idosas. A segurança e a qualidade dos cuidados prestados requerem a implementação de relevantes recomendações para a prática de enfermagem, baseadas na evidência científica, designadamente “*Besta Practices Guidelines for Optimal Preoperative Assessment of the Geriatric Surgical Patient. American Geriatric Society (AGS) and American College of Surgeons – National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP)*” (2012), nível de evidência VI; “*Guidelines for Perioperative Practice. AORN*” (2015), nível de evidência VI; “*National Patient Safety Goals. The Joint Commission*” (2015), nível de evidência VI, que constituíram a fundamentação para a realização do referido guia orientador. Por inexistência de recomendações específicas para o contexto de CA na literatura científica, procedemos à adaptação do protocolo existente para as particularidades da CA.

A primeira etapa corresponde à fase pré-operatória que pressupõe a realização de uma avaliação completa da pessoa idosa, considerando diversos domínios, de modo a permitir identificar necessidades, conhecer recursos disponíveis e garantir a continuidade dos cuidados. Como anteriormente referido neste trabalho, perante os domínios seleccionados, procedemos à utilização dos instrumentos de avaliação geriátricos relevantes, traduzidos e

validados para a população portuguesa. Esta avaliação possibilitará o desenvolvimento de ações terapêuticas centradas na pessoa idosa durante o percurso perioperatório. Para sistematizar e orientar a recolha de informação durante este processo, procedemos à construção de um instrumento e às respetivas orientações de preenchimento que constam do guia orientador. Durante as etapas de construção deste instrumento promovemos a participação da equipa, que contribuiu com diversas sugestões de melhoria ao nível do formato, apresentação do documento e sugestão de informação adicional, como é exemplo a colocação do contato telefónico do familiar.

A segunda etapa corresponde à fase intra-operatória onde decorre o processo cirúrgico, na qual a prestação de cuidados de enfermagem deverá compreender as seguintes intervenções, identificação completa da pessoa idosa; comunicação verbal e não-verbal; conforto e bem-estar; monitorização os sinais vitais; posicionamento; administração de terapêutica; vigilância de alteração do estado de consciência e hemodinâmico; perceção da dor; manutenção da segurança; prevenção da infeção.

A terceira etapa corresponde à fase pós-operatória e subdivide-se em dois períodos distintos, no primeiro verifica-se a recuperação da anestesia e o segundo corresponde à etapa de readaptação ao ambiente. Posteriormente a pessoa idosa terá alta para o domicílio, respeitando um conjunto de critérios definidos, visando a segurança e bem-estar.

A quarta etapa corresponde à CE pós-operatória não presencial “*follow-up*”, que ocorre no dia seguinte após a intervenção cirúrgica, na qual a pessoa idosa é contactada telefonicamente afim de se proceder à avaliação pós-operatória, nomeadamente o despiste de possíveis complicações, o esclarecimento de dúvidas e o reforço das orientações educativas, promovendo a continuidade dos cuidados. Decorridos sete dias após a intervenção cirúrgica estabelece-se novo contacto telefónico para uma monitorização da recuperação funcional da pessoa idosa e reavaliação da sua condição de saúde.

Visando as especificidades da pessoa idosa nestas intervenções, optámos por elaborar um fluxograma ilustrativo do percurso da pessoa idosa em CA onde evidenciámos os focos de referência para a intervenção de enfermagem.

Inicialmente estabelecemos um período experimental com a duração de uma semana para a implementação do instrumento, na qual estaríamos presentes para acompanhar o enfermeiro, em todas as CE realizadas a pessoa com 65 ou mais anos. Contudo por dificuldades relacionadas com a gestão do tempo afeto a cada consulta, a equipa solicitou um alargamento desta etapa, que se prolongou por mais uma semana.

- Implementação das intervenções de enfermagem na consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório

Procedemos à efetiva implementação do instrumento de colheita de dados durante quatro semanas, entre o dia 9 de janeiro e o dia 03 de fevereiro de 2017. No gabinete da CE, foi colocado o guia orientador para ser utilizado como material de apoio, uma pasta devidamente identificada contendo exemplares do instrumento para preencher e outra pasta, para colocação do instrumento depois de aplicado. Efetuou-se a monitorização semanal da aplicação do instrumento de forma a assegurar que no momento da CE pós-operatória não presencial de sétimo dia se procedesse à validação do mesmo. De modo a facilitar o manuseamento dos processos de enfermagem no âmbito da referida consulta, optámos por organizar um segundo dossiê onde seriam colocados os processos de enfermagem dos participantes elegíveis e os respetivos instrumentos depois de aplicados.

A CE decorre diariamente entre as 14h e as 20h, sendo habitualmente realizada por um enfermeiro da equipa distribuído para a mesma. Em situações pontuais de maior agendamento de clientes para a CE, são dois enfermeiros que realizam a consulta e além do gabinete próprio é utilizado o gabinete do coordenador da UCA. Como estratégia de motivação da equipa para adesão a esta fase, procedemos a uma identificação prévia diária de todos os candidatos elegíveis na CE do dia seguinte e, foi também colocado na sala de trabalho, um segundo guia orientador para consulta e manuseio de modo a facilitar a utilização do mesmo.

Após a primeira monitorização semanal constatámos a aplicação do instrumento a apenas dois participantes, o que motivou a reflexão sobre esta dificuldade e se identificou a necessidade de uma maior disponibilidade de tempo para realizar a avaliação preconizada.

Em conjunto elaborámos uma proposta sugerindo que sempre que os recursos o permitissem, existiriam dois enfermeiros a realizar a CE pré-operatória. Por parte da chefia de enfermagem verificou-se concordância com essa sugestão, contudo condicionantes organizacionais do serviço limitaram a execução da mesma.

Durante o período definido, procedeu-se à avaliação e aplicação do instrumento a um total de 10 participantes. A realidade da prática evidenciou a complexidade e a extensão deste processo, no entanto a equipa foi unânime ao reconhecer que o exercício sistemático e repetido iria capacitar a mesma, reduzindo o tempo médio de aplicação. A análise dos registos efetuados nos dois momentos de intervenção definidos, permite-nos concluir que a avaliação multidimensional da pessoa idosa foi completa, tendo sido realizada a avaliação de todos os domínios definidos. A partir da segunda semana, no contexto da CE pós-operatória não presencial de sétimo dia procedeu-se a nova avaliação global da pessoa idosa, tendo sido efetuada à totalidade dos participantes. Como indicador de resultado desta atividade, constatámos que a adesão da equipa de enfermagem foi inferior ao esperado, e que poderá ser justificado pela carência de recursos humanos existente na equipa de enfermagem que condicionou a disponibilidade para uma maior participação no projeto.

No primeiro momento de aplicação do instrumento (CE pré-operatória), obtivemos 10 (100%) instrumentos com todos os domínios avaliados e corretamente preenchidos, no segundo momento de avaliação (CE pós-operatória não presencial “Follow-Up” 7º dia), obtivemos 7 (70%) instrumentos corretamente preenchidos e com os domínios aplicáveis a este contexto avaliados. Nos outros 3 (30%) instrumentos verificaram-se domínios que não foram alvo de avaliação (Apêndice XVI).

- Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas na consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório

Esta atividade decorreu na etapa final deste percurso, na qual efetuámos uma auditoria aos processos de enfermagem dos participantes elegíveis, com o intuito de analisar os

registos efetuados pela equipa de enfermagem. Procedemos ao tratamento da informação obtida, através de uma estatística descritiva simples dos dados obtidos (Apêndice XVII).

Com esta análise constatámos que o instrumento aplicado permitiu aos enfermeiros conhecer e registar informação pertinente sobre a pessoa idosa e família, a sua história de vida, a contextualização da sua doença, os seus pontos de vista, as suas expetativas, os seus recursos e a sua rede de apoio. Obtiveram-se registos completos e individualizados, promotores da continuidade dos cuidados. A avaliação dos domínios definidos e a respetiva utilização das escalas preconizadas, foi (100%) no primeiro momento de aplicação do instrumento e (70%) no segundo momento.

Contudo apesar de termos obtido exaustividade na utilização do instrumento, não conseguimos implementar a sua aplicação de modo sistemático, sendo este um constrangimento aos objetivos inicialmente definidos.

Aproveitando a reunião semanal da equipa de enfermagem, refletimos sobre todas as etapas deste percurso e os contributos obtidos com o desenvolvimento do projeto em equipa. As avaliações constituem momentos em que se questiona e reflete acerca do trabalho desenvolvido (Ruivo et al, 2010). A opinião partilhada por a equipa foi unânime, considerando muito positiva toda a experiência que possibilitou um percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências na área de intervenção à pessoa idosa e família. No âmbito da CE a aplicação do instrumento exigiu um maior consumo de tempo, que a equipa relaciona com o facto de ser um documento extenso e de preenchimento demorado até se conseguir a sua aplicação sistemática. Foi também considerado vantajoso a possibilidade de dar continuidade ao projeto no serviço pelos ganhos obtidos ao nível da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa. Ocorreu ainda referência à possibilidade de constituir um grupo de trabalho para a inclusão da avaliação multidimensional da pessoa idosa, no projeto do novo módulo de Cirurgia de Ambulatório do SClinico Hospitalar.

Na UCA a implementação deste projeto de intervenção visou um conjunto de atividades que permitiram promover o desenvolvimento de competências junto da equipa de enfermagem para o cuidado à pessoa idosa e família. A estas estiveram sempre associadas atividades de desenvolvimento pessoal e profissional alusivas aos cuidados especializados

à pessoa idosa, que possibilitaram o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal em que se mobilizou conhecimento ético-deontológico na tomada de decisão nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio; no domínio da melhoria contínua da qualidade através do desenvolvimento de competências enquanto agente dinamizador e de liderança no processo de implementação do projeto, fomentando estratégias de motivação e incentivando a uma mudança nas práticas de cuidados; no domínio da gestão dos cuidados desenvolvendo uma intervenção de enfermagem sustentada na evidência científica, procurando conhecer a pessoa idosa na sua singularidade de modo a construir uma relação de respeito e confiança, dotando-a de competências de decisão sobre os cuidados prestados em CA, pretendendo sensibilizar a equipa de enfermagem, otimizando a sua intervenção; no domínio das aprendizagens profissionais em que foi aprofundado o estudo sobre a temática de modo a fundamentar a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, onde todos os momentos formativos, bem como a introdução da prática reflexiva contribuíram para promover a facilitação das aprendizagens em equipa e o exercício autónomo de reflexão.

Este percurso permitiu também o desenvolvimento de competências específicas conducentes ao grau de mestre, designadamente na mobilização de conhecimentos e a sua aplicação à prática clínica em diversos contextos; no desenvolvimento da capacidade de compreensão e resolução de problemas perante situações novas; na divulgação de conhecimentos e raciocínios com clareza e objetividade; na construção de um processo contínuo de aprendizagem, auto-orientado e autónomo. Deste modo, desenvolvemos modelos de intervenção em enfermagem baseados na evidência científica que contribuíram para melhorar a avaliação da pessoa idosa e família em diversos contextos, promovendo a qualidade dos cuidados prestados. Desenvolvemos competências clínicas especializadas, suportadas por conhecimentos científicos, técnicos e éticos, que permitiram um adequado julgamento clínico e tomada de decisão, em contexto multidisciplinar. Desenvolvemos a capacidade de formular juízos segundo a realidade da pessoa idosa e família em diversos contextos, refletindo sobre as suas implicações e as responsabilidades éticas e sociais. Fortalecemos competências de comunicação na relação com a pessoa idosa e família, e na transmissão de conhecimento entre pares. Aprofundámos a capacidade de

autoaprendizagem para a integração de conhecimento inovador ao longo da vida e a sua aplicação em novos projetos e contextos (DL nº74/2006).

5.3. Considerações éticas

Na realização deste projeto esteve sempre subjacente a cumprimento dos princípios éticos e deontológicos inerentes ao exercício da profissão de enfermagem, procedendo-se aos pedidos de autorização necessários em ambos os locais de estágio, garantindo o anonimato dos envolvidos e a confidencialidade das informações obtidas, assegurando o cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2009).

As intervenções de enfermagem desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa e família respeitaram os princípios éticos da beneficência, não-maleficiência, fidelidade, justiça, veracidade e autonomia, promoveram a sua dignidade observando os valores humanos descritos pelo CDE. Promovendo a autodeterminação foi assegurado o direito da pessoa idosa ao consentimento informado (OE, 2009).

Não se procedeu à identificação das instituições e os serviços foram descritos apenas no que concerne ao âmbito do projeto. Todos os elementos aceitaram cooperar voluntariamente no projeto, respeitando-se todos os seus direitos enquanto participantes.

A autorização pelo conselho de Administração do hospital de referência para a implementação deste projeto foi concedida após solicitação prévia, contudo sem um registo formal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

O envelhecimento da população e uma maior longevidade em curso na sociedade portuguesa está a adquirir progressiva visibilidade, nomeadamente na sustentabilidade dos recursos de saúde disponíveis. O emergir da CA como o modelo cirúrgico de eleição para intervenção junto da pessoa idosa, impôs novos desafios aos profissionais de saúde quer a nível hospitalar quer domiciliário, exigindo dos enfermeiros adaptações significativas e o planeamento de novas estratégias de intervenção, que permitam respostas de cuidados adequadas a esta nova realidade. Perante estes desafios tornou-se relevante desenvolver um projeto consistente com a oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Neste contexto, importa salientar o papel preponderante que o enfermeiro especialista pode desempenhar enquanto detentor de um conhecimento aprofundado no domínio dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, permitindo desenvolver as suas competências clínicas especializadas prestando cuidados de excelência e capacitando a equipa de enfermagem para uma abordagem geradora de ganhos em saúde.

Partindo destes pressupostos, revelou-se pertinente a implementação deste projeto, que o presente relatório pretende descrever, ilustrando um processo de desenvolvimento de competências congruente com uma intervenção de enfermagem individualizada e centrada na pessoa idosa e família, fundamentado na evidência científica, e em contexto de parceria, contribuindo para o estabelecimento de uma relação terapêutica, desenvolvida num processo dinâmico e facilitador da consecução do projeto de saúde da pessoa idosa.

A descrição sistemática dos incidentes críticos na vivência das suas práticas traduz um claro benefício para a aquisição de competências, pois a descrição da experiência permite um novo olhar sobre a mesma (Benner, 2001). Para tal, a metodologia de trabalho por projeto demonstrou ser a adequada, sendo significativa para a aquisição das competências a que nos propúsemos desenvolver, como também, na capacitação da equipa de enfermagem para cuidar a pessoa idosa e família em contexto de CA. Os processos reflexivos sobre a prática de cuidados e as experiências da equipa possibilitaram a mobilização de conceitos teóricos,

tendo sido potencializadores da aquisição de novos saberes e consequentemente impulsionadores de mudança.

O desenvolvimento de uma intervenção estruturada, que se materializou com a construção do instrumento de colheita de dados e a elaboração do guia orientador, revelou-se fundamental, facilitando a avaliação das capacidades e limitações da pessoa idosa, o conhecimento dos seus recursos face à vivência cirúrgica, o conhecimento da rede social e de suporte formal e informal, nomeadamente a família, por intermédio de uma avaliação objetiva, assente em instrumentos de avaliação geriátrica sistematizados pela prática clínica, que permitiram quantificar a competência funcional, de modo a organizar uma resposta efetiva na melhoria do ambiente terapêutico hospitalar promotor da recuperação funcional e da autonomia da pessoa idosa durante o percurso perioperatório (Cabete, 2005).

A conceção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, constituem um elemento estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Também a CNADCA (2008), realça a importância da existência de protocolos como medidas geradoras de maior segurança para pessoa idosa e família, garantindo a continuidade de cuidados, permitindo o esclarecimento dúvidas e a expressão de opiniões sobre o processo cirúrgico. Perante o processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deverá incorporar os resultados da investigação na sua prática (OE, 2001). A realização da avaliação multidimensional em contexto de CE pré-operatória possibilitou à equipa de enfermagem um conhecimento aprofundado da singularidade da pessoa idosa, permitindo conceber um plano individualizado e diferenciado de cuidados, estabelecendo prioridades de intervenção centradas nos objetivos e expectativas da pessoa idosa perante a experiência cirúrgica em CA. A equipa procurou criar condições para maximizar o potencial de autonomia da pessoa idosa, através do compromisso na tomada de decisão autónoma, reconhecendo no outro um parceiro no processo de cuidados, visando a perceção de auto-eficácia como indicador para uma transição saudável (Mitchell & McCance, 2010).

Ao refletirmos sobre o este percurso, salientamos como positivo a oportunidade de estágio no contexto da comunidade, particularmente em ambiente domiciliário, contactando pela primeira vez com esta realidade de cuidados, onde nos foi possível intervir de forma a

construir um ambiente terapêutico e mais humanizado, permitindo a avaliação das necessidades da pessoa idosa no seu contexto sociofamiliar, com o intuito de desenvolvermos competências para a prática clínica em consonância com os objetivos estabelecidos. Realçamos também a importância de a orientação neste local de estágio ter sido conduzida por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nas vertentes pessoa idosa, que contribuiu fortemente para perspetivar o rigor técnico-científico na implementação de intervenções direcionadas para as especificidades do cuidar da pessoa idosa e sua família. O conhecimento que adveio desta primeira etapa revelou-se fundamental, repercutindo-se a todo o projeto, influenciando positivamente o nosso exercício profissional a nível hospitalar.

Como aspeto positivo, destacamos também a possibilidade de realização deste projeto no nosso contexto de prática onde se verificou uma interação constante com equipa de enfermagem, que desde o primeiro momento demonstrou um grande interesse e empenho em partilhar este percurso de formação. A existência de uma relação de confiança prévia, assente em pressupostos de ajuda recíproca entre pares, constituiu um elemento facilitador na prossecução deste projeto e na adesão por parte da equipa.

As principais limitações na implementação deste projeto estão sobretudo relacionadas com a duração do estágio e a sobrecarga de trabalho da equipa de enfermagem, condicionantes que modificaram a consecução dos objetivos inicialmente propostos, no entanto, geradores de novas estratégias adaptativas que despoletaram o desenvolvimento de recursos internos, influenciando de forma positiva todo o percurso formativo. Percebemos que a maior exigência de tempo necessário para aplicação do instrumento de colheita de dados em contexto de CE pré-operatória, condicionou a utilização do mesmo pela equipa de enfermagem, contudo realçamos o envolvimento e colaboração de todos elementos na elaboração do guia orientador acolhendo-o como um projeto comum, pretendendo a continuidade da sua implementação no serviço, pelos ganhos obtidos na qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa e família em CA, nomeadamente ao nível da relevância que a avaliação multidimensional constitui para a implementação de intervenções adequadas e direcionadas para a promoção do seu potencial de saúde.

Durante esta trajetória em que se fomentou uma prática reflexiva sobre a problemática da pessoa idosa em CA, a consciencialização da equipa de enfermagem para a esta realidade assumiu maior dimensão e expressão, através das aprendizagens efetuadas e no desenvolvimento de competências para cuidar desta população. Embora a aplicação sistemática do instrumento de colheita de dados não esteja implementada no final do estágio, pretendemos prosseguir com o trabalho realizado, dinamizando e motivando a equipa para a efetivação desta boa prática.

Consideramos que os objetivos definidos inicialmente foram alcançados com a concretização deste percurso, que nos capacitou para uma aprendizagem autónoma possibilitando um grande enriquecimento pessoal e profissional, num ambiente propiciador ao desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista e mestre em EMC, na área de intervenção da pessoa idosa.

O desempenho dos que cuidam, implica uma atitude própria, a que permite caminhar com. Tal atitude provém de duas etapas indissociáveis e complementares, primeiro, o encontro e, em segundo, a caminhada, o acompanhamento, o percurso feito em comum. Isto significa que cuidar, numa perspetiva de saúde, é ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde (Hesbeen, 2001). Também para Cabete (2005), na procura constante da qualidade dos cuidados o foco de atenção do enfermeiro deverá estar centrado na pessoa idosa, percorrendo um caminho em que deverá ser reconhecida a sua dignidade e o seu direito à autodeterminação, promovendo proactivamente a esperança de qualidade de vida.

A conclusão desta etapa apresenta-se como ponto de partida para um percurso em que vislumbram novos desenvolvimentos no âmbito do cuidado à pessoa idosa em CA. Seria gratificante constatar a transformação de um trabalho de natureza académica numa ferramenta institucional, geradora de um processo de mudança rumo à melhoria da qualidade e à obtenção de ganhos em saúde. Como perspetiva futura, gostaríamos de ampliar este projeto e conhecer a perceção das pessoas idosas e família face à informação e às orientações educativas fornecidas em CE, como estratégias facilitadoras de uma vivência cirúrgica positiva, visando a qualidade de vida e o bem-estar.

Pretendemos também efetuar a divulgação do trabalho desenvolvido, participando em eventos científicos, promovendo a procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e Contextos multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais*. Coimbra: Formasau.
- Administração Central dos Serviços de Saúde (2017). Acedido em 20-06-2017. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Newsletter-SNS-Acesso-Atividade-Assistencial_vf.pdf
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2013). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. (3ªed.) Lisboa: AESOP.
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2016). *Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória*. Maio, 2016. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.
- Berger, L. & Mailoux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berg, K., Idvall, E., Nilsson, U. & Unosson M. (2011). Postoperative recovery after different orthopedic day surgical procedures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 15(4), 165-175. **DOI:** 10.1016/j.ijotn.2011.02.003.
- Berg, K., Arestedt, K. & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *Int J Nurs Stud*, 50(12),1630-8. **DOI:** 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002.
- Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. (2016). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. (5th ed). New York: Springer Publishing Company.

- Burden, N. (2000). *Ambulatory surgical nursing*. (2ª ed.) Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Carlomagno, N., Tammaro, V., Scotti, A., Candida, M., Calogero, A. & Santangelo M. (2016). Is day-surgery laparoscopic cholecystectomy contraindicated in the elderly? Results from a retrospective study and literature review. *International Journal of Nursing*, 33, 103-107. **DOI:**10.1016/j.ijnu.2016.06.024
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). *Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente – relatório final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Correia, M. M. S. V. (2016). *Satisfação profissional dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Referência*, IV Série (2), 7-17. **DOI:** org/10.12707/RIII1382.
- Cunha, C. M. L. (2016). Envelhecimento bem sucedido na perspetiva das pessoas mais velhas: um estudo qualitativo com professoras do 1ºciclo. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (2006). Estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República I Série A*, N.º 60 (24-03-2006) 2242-2257.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República I Série*, N.º 161 (22-08-2007), 5588-5596.
- De Oliveira, G., Holl, J., Lindquist, L., Hackett, N., Kim, J. & McCarthy, R. (2015). Older Adults and Unanticipated Hospital Admission within 30 Days of Ambulatory

Surgery: An Analysis of 53,667 Ambulatory Surgical Procedures. *J Am Geriatr Soc.*, 63(8),1679-85. **DOI:** 10.1111/jgs.13537.

Despacho n.º 1380/2018 de 08 de Fevereiro (2018). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA). *Diário da República II Série*, N.º 28 (08-02-2018) 4511-4511.

Direção-Geral da Saúde (2001). *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 21/06/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2016). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 21/06/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/portugal-controlo-da-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Direção geral da saúde (2017) acedido em 21/03/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a035fe84fa926a#conceitos>

Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D. & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 27, 343-d6553. **DOI:** 10.1136/bmj.d6553.

- Engelke, Z. & Schub, T. (2016). Patient Education: teaching the older adult. *Cinahl Information Systems*. Vol 65 (4). Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/delivery?sid=0de72112-42f2-4ec1-a6f7-c84972774b7>
- Ferreira, F. (2013). *Impacto da implementação da clínica de pré - admissão cirúrgica - walking clinic - na cirurgia de ambulatório da ULS Matosinhos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade Do Porto. Disponível em [:https://sigarra.up.pt/fadeup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=128363](https://sigarra.up.pt/fadeup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=128363).
- Ferreira, C. I. S. A. R. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf
- Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 25-05-2017. Disponível em <http://www.nursingcenter.com>
- Graf, C. E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevalley, T. (2010). Comprehensive Geriatric Assessment in the Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (10), 2032-2033. **DOI:**10.1111/j.1532-5415.2010.03090.x
- GERMI (s/d). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Göransson, C., Wengström, Y., Ziegert, K., Langius-Eklöf, A., Eriksson, I., Kihlgren, A. & Blomberg, K. (2017). Perspectives of health and self-care among older persons - to be implemented in an interactive information and communication technology-platform. *J Clin Nurs.*, 26, 4745–4755. **DOI:** 10.1111/jocn.13827

- Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T. & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 501-508. **DOI:**10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Ignatavicius, D. & Workman, M. L. (2010). *Medical-surgical nursing: patient-centred collaborative care* (6th ed.). Missouri: Saunders.
- Johnson, J. A. (2016). Reviving the journal club as nursing professional development strategy. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(2), 104-106. **DOI:** 10.1097/NND.0000000000000241
- Jones, C., Hollis, R., Wahl, T., Oriel, B., Itani, K., Morris, M. & Hawn, M. (2016). Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *Am J Surg.*, 212(2), 327-35. **DOI:**10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.
- LeCuyer, M., Lockwood, B. & Locklin, M. (2017). Development of a Fall Prevention Program in the Ambulatory Surgery Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32 (5), 472-479. **DOI:** org/10.1016/j.jopan.2016.01.003
- Leite, P. A. E. B. (2012). *Avaliação da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9336/1/tese%20estorninho.pdf>
- Lemos, P., Jarret, P. & Philip, B. (2006). *Day Surgery: Development and Practice*. Porto: International Association for Ambulatory Surgery.

- Lopes, M., Fernandes, M., Bicudo, M., Gomes, I., Henriques, A., Gândara, M., Oliveira, O. (2013). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática*. Lisboa: Lusociência.
- Machado, S. C. N. (2016). *Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.
- Malley, A., Kenner., C., Tiffany., K. & Blakeney., B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transition. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1–181.e9. **DOI:**10.1016/j.aorn.2015.06.004.
- Marwell, J., Heflin, M. & McDonald, S. (2018). Preoperative Screening. *Clin Geriatr Med.*, 34(1), 95-105. **DOI:** 10.1016/j.cger.2017.08.004.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract.*, 9(3), 202-9. Acedido em 12-06-2017.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situations-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. (5thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau.
- Mitchell, M. (2010). A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nurs Stand.*, 24(44), 40-6. **DOI:** 10.7748/ns2010.07.24.44.40.c7885
- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *J Clin Nurs.*, 24(3-4), 415-27. **DOI:** 10.1111/jocn.12615.
- Mitchell, M. (2016). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *J Clin Nurs.*, 26(1-2), 225-237. **DOI:** 10.1111/jocn.13375.

- Mitchell, E. & McCance, T. (2012). Nurse-patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: an analysis using the Authentic Consciousness Framework. *Int J Older People Nurs.*, 7(2), 95-104. **DOI:** 10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x.
- Nelson, J. & Carrington, J. (2011). Transitioning the older adult in the ambulatory care setting. *AORN Journal*, 94(4), 348-58. **DOI:** 10.1016/j.aorn.2011.04.025.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Acedido a 20-11-2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend Manualis_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manualis_BPraticas.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Acedido a 20-11-2017. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodioDeontologico.pdf>
- Oster, K. & Oster, C. (2015). Special Needs Population: Care of the Geriatric Patient Population in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 101, 444-456. **DOI:**10.1016/j.aorn.2014.10.02
- Oliveira, A. M. (2011). *Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória: a família como suporte ao cuidar*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26922/2/Dissertacao%20Anabela%20Oliveira.pdf>
- Partridge, J., Harari, D., Martin, F. & Dhesi, J. (2014). *The impact of pre-operative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: a systematic review*. *Anaesthesia*, 69 (Suppl)1, 8-16. **DOI:** 10.1111/anae.12494.

- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pinto, M. A. F. (2016). *Consulta de enfermagem domiciliária*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.
- Porras-González, M., Barón-López, F., García-Luque, M. & Morales-Gil, I. (2015). Effectiveness of the nursing methodology in pain management after major ambulatory surgery. *Pain Management Nursing*, 16(4), 520-525. **DOI:**10.1016/j.pmn.2014.09.013
- Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro (2009). Regulamento que estabelece a definição de cirurgia de ambatório. *Diário da República I Série*, N.º 21 (30-01-2009) 660-758.
- Portaria n.º19/2012 de 20 de Janeiro (2012). Procede à alteração ao regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro. *Diário da República I Série*, N.º 15 (20-01-2012) 351-352.
- Renholm, M., Suominen, T., Puukka P. & Leino-Kilpi, H. (2016). Nurses' Perceptions of Patient Care Continuity in Day Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 609-618. **DOI:**10.1016/j.jopan.2015.08.013.
- Richardon-Tench, M. & Brown, S. (2014). Meeting the needs of cognitively impaired older adults in day surgery: a review of literature. Australian Day Surgery Nurses Association, 13(2), 18-21. Acedido em 22/09/2017.
- Rodrigues, A., Nascimento, L., Antunes, M., Mestrinho, Madeira M. & Canário R. (2007). *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência.
- Rothrock, J. (2008). *Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ªed). Loures: Lusodidacta.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos*, (5), 1-37.

- Samuelsson, K., Egenvall, M., Klarin, I., Lökk, J., Gunnarsson, U. & Iwarzon, M. (2018). The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. *J Clin Nurs.*, 27(7-8), e1580-e1588. **DOI:** 10.1111/jocn.14328.
- Santos, M. & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (2), 149-162. Acedido em 25-05-2017. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4628/1/artigo_2010_ICS_1720Almeida_Armando_17.pdf
- Sato, T., Hatakeyama, S., Okamoto, T., Yamamoto, H., Hosogoe, S. & Tobisawa, Y. et al. (2016) Slow Gait Speed and Rapid Renal Function Decline Are Risk Factors for Postoperative Delirium after Urological Surgery. *PloS ONE*, 11(5). **DOI:**10.1371/journal.pone.0153961
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). Acedido em 20-11-2017. Disponível em <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicocsp/>
- Silva, K. M., Vicente, F. R. & Santos, S. M. A. (2014). Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 681-687. **DOI:** org/10.1590/1809-9823.2014.12108
- Silva, A. F. S. L. (2016). *Cuidar do idoso que cuida: intervenção do enfermeiro especialista*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP.
- Stomberg, M., Segerdahl, M., Rawal, N., Jakobsson, J. & Brattwall, M. (2008). Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: implications for improvement in nursing interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(5), 311-320. **DOI:**10.1016/j.jopan.2008.07.003

- Ward, W., Manstein, S., Goel, N., Chow, W., Ko, C., Rosenthal, R. & Esnaola, N. (2017). Optimal preoperative assessment of the geriatric patient. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 9, 33-38. **DOI:** 10.1016/j.pcorn.2017.11.005.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6 th ed.). Philadelphia: F. A: Davis Company.
- Yeh, M., Wu, S. & Tung, T. (2017). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 39, 11-17. **DOI:**10.1016/j.apnr.2017.10.008
- Younis, J., Salerno, G., Chaudhary, A., Trickett, J., Bearn, P., Scott, H. & Galbraith, K. (2013). Reduction in Hospital Reattendance due to Improved Preoperative Patient Education Following Hemorrhoidectomy. *Journal for Healthcare Quality*, 35, 24-29. **DOI:**10.1111/j.1945-1474.2012.00201.x
- World Health Organization (1999a). Men Ageing and Health Achieving health across the life span. Geneva: World Health Organization. Acedido em 07/03/2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66941/1/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf
- World Health Organization (1999b). A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva: World Health Organization. Acedido em 07/03/2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65576/1/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf
- World Health Organization (2002). Active Ageing A Policy Framework. Geneva: WorldHealth Organization. Acedido em 25/05/2016. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- World Health Organization (2013). Definition of an older or elderly person. Acedido em 20/05/2016. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

ANEXOS

Anexo I - Fatores de risco de delírio e disfunção cognitiva pós-operatórios

Fatores de risco de delírio e disfunção cognitiva pós-operatórios (APCA, 2016)

Modificáveis perioperatório	Não modificáveis
Fármacos ativos no SNC	Idade avançada
Hipotensão	Sexo feminino
Hipercapnia/hipoxemia	Estado físico ASA > 3
Alterações metabólicas	Alterações cognitivas prévias
Dor (tratar e reduzir uso opiáceos)	Doenças prévias (demência, depressão)
Uso de contenção física	Baixo nível educacional
Privação de sono	Polimedicação
Privação sensorial (visual e auditiva)	Síndrome de fragilidade
Privação de fármacos/drogas/álcool	
Jejum prolongado	
Tempos de internamento prolongados	
Tempos de espera para a cirurgia	
Cirurgias complexas	

Anexo II – Comprovativo da formação



CERTIFICADO

Certifica-se que o Exmo(a). Sr(a).

Ana Catarina Teixeira

frequentou o WORKSHOP

"NUNCA É TARDE... CONTROLO DA DOR NA PESSOA IDOSA",

durante o 15º Convénio da ASTOR

24^{as} Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de
Orta, realizadas no dia 27 de janeiro de 2017,
na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de
Lisboa.

Pel'A Comissão Organizadora

APÊNDICES

Apêndice I - Descrição dos objetivos delineados, das atividades e respectivos resultados esperados

OBJETIVO GERAL 1 - Desenvolver competências na área da prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos.

Objetivos específicos	Atividades	Avaliação
Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a pessoa idosa e família em diversos contextos.	<p>Revisão sistemática da literatura na temática do processo de envelhecimento, identificando necessidades e especificidades do cuidado à pessoa idosa e família.</p> <p>Reflexão sobre o quadro de referência em enfermagem.</p> <p>Reflexão sobre a intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família em contexto hospitalar e ao nível da comunidade.</p>	<p>Descreve o processo de envelhecimento (primário e secundário), identifica as necessidades e especificidades do cuidado à pessoa idosa e família.</p> <p>Mobiliza competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa e família.</p> <p>Analisa e reflete sobre a intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família em contexto hospitalar e ao nível da comunidade.</p>
Prestar cuidados de enfermagem como enfermeiro especialista junto da pessoa idosa e família em diversos contextos.	<p>Prestação de cuidados à pessoa idosa e família em contexto hospitalar e na comunidade, como enfermeiro especialista, sistematizando o processo de enfermagem.</p> <p>Elaboração de estudos de caso (avaliação multidimensional).</p> <p>Realização do processo de enfermagem no âmbito do quadro de referência definido.</p>	<p>Realiza estágio curricular no contexto hospitalar e na comunidade.</p> <p>Elabora estudo de caso que reflita a avaliação multidimensional da pessoa idosa e família nos diversos contextos.</p> <p>Adquire e mobiliza as competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa e família, junto da equipa de enfermagem.</p> <p>Dinamiza sessões formativas através da apresentação e discussão dos estudos de caso elaborados.</p>

OBJETIVO GERAL 2 - Implementar uma intervenção de enfermagem sistematizada na consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio.

Objetivos específicos	Catividades	Avaliação
Desenvolver competências no cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio.	<p>Mobilização dos conhecimentos sobre a pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio e qual a avaliação e intervenção do enfermeiro neste âmbito, através de pesquisa bibliográfica.</p> <p>Observação participativa da intervenção de um enfermeiro especialista de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatorio de um hospital da região de Lisboa.</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em regime ambulatorio.</p>	<p>Descreve e identifica as necessidades de cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio, as especificidades da avaliação e da intervenção junto desta, baseada na evidência científica.</p> <p>Realiza estágio no âmbito da unidade curricular no contexto hospitalar, adquirindo boas práticas de cuidados.</p> <p>Mobiliza as competências adquiridas na formação especializada e na dinamização da equipa de enfermagem.</p> <p>Analisa e reflete sobre a prática de cuidados mediante a evidência científica.</p> <p>Elabora estudo de caso que ilustre a avaliação multidimensional da pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio, mobilizando os conhecimentos adquiridos para uma prestação de cuidados baseada na evidência científica.</p>
Intervir junto da equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio.	Divulgação do projeto de estágio à equipa de enfermagem, incentivando o envolvimento de todos os elementos.	Divulga o projeto de estágio à equipa com pelo menos 80% de presenças na sessão de apresentação.

	<p>Elaboração, aplicação e análise de um questionário à equipa de enfermagem, sobre as necessidades formativas nesta temática.</p> <p>Realização de formação à equipa de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas, efetuando o respetivo questionário de avaliação.</p>	<p>Garante uma taxa de adesão ao projeto de pelo menos 80% dos elementos da equipa de enfermagem.</p> <p>Garante o preenchimento do questionário de pelo menos 80% dos elementos da equipa de enfermagem.</p> <p>Obtém pelo menos 80% de presenças na formação e uma avaliação global positiva.</p>
<p>Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio.</p>	<p>Definição de estratégias com a equipa de enfermagem para implementar intervenções junto da pessoa idosa e família, submetida a cirurgia em regime ambulatorio.</p> <p>Elaboração, em parceria com a equipa de enfermagem, de um guia orientador para avaliação e intervenção na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio.</p> <p>Implementação das intervenções de enfermagem na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa idosa, submetida a cirurgia em regime ambulatorio:</p>	<p>Em conjunto, a equipa de enfermagem elabora o guia orientador para a avaliação e intervenção na consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa, submetida a cirurgia em regime ambulatorio.</p> <p>O guia orientador possui um instrumento de colheita de dados a ser implementado no âmbito da consulta de enfermagem pré-operatória.</p> <p>Aplica experimentalmente o instrumento durante uma semana.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à colaboração de cada enfermeiro na aplicação do instrumento de colheita de dados na consulta de enfermagem pré-operatória; • Avaliação e monitorização quinzenal da aplicação do instrumento de colheita de dados, sistematizando a sua aplicação. <p>Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa idosa, submetida a cirurgia em regime ambatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditoria aos processos elaborados neste âmbito • Perceção da equipa de enfermagem sobre os contributos do projeto, sugestões e aspetos a desenvolver. 	<p>Avalia quinzenalmente a aplicação do instrumento.</p> <p>Valida a aplicação do instrumento, através da consulta de follow-up ao sétimo dia, durante o período experimental de 3 semanas.</p> <p>Auditoria aos registos realizados pela equipa de enfermagem.</p> <p>A equipa considera o projeto pertinente, realça os contributos do mesmo e sugere aspetos a melhorar numa perspetiva futura.</p>
--	--	--

Apêndice II – Cronograma de atividades

[illegible]

[illegible]

Apêndice III – Descrição da USF

Descrição da USF

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são pequenas unidades operativas dos centros de saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. As USF configuram, assim, um modelo organizacional leve e flexível que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical. Neste contexto organizacional as funções de gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo. A USF é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias e deve estar integrada em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde (D-L n.º 298/2007).

Nem todas as USF estarão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. A USF onde realizámos o estágio em contexto de CSP é modelo B, que se caracteriza como um modelo indicado para equipas que manifestam um maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva e onde os níveis de contratualização de patamares de desempenho são mais exigentes (D-L n.º 298/2007).

Esta USF pertence a um ACES da região de Lisboa da área de abrangência do hospital de referência da UCA. Tem 12 810 utentes inscritos, dos quais 5 868 (45,78%) são homens e 6 945 (54,22%) são mulheres. Quanto ao nível da estratificação etária verifica-se que a percentagem de população idosa (≥ 65 anos) é de 16,75% (6,17% homens, 10,58% mulheres), um índice de envelhecimento de 94,42. Segundo os Censos de 2011, a freguesia que representa a área de influência da USF, tem como população residente total 38 102 habitantes, dos quais 7 125 habitantes têm 65 ou mais anos (18,7%). Salientando-se também que, nesta freguesia, 3 496 indivíduos com 65 ou mais anos vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário (9,2%) (Silva, 2016).

O compromisso assistencial da equipa multidisciplinar da USF, entre outros, visa a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida.

Especificamente na vigilância de saúde do adulto e do idoso, pretende-se:

- Cuidados promotores de saúde e preventivos da doença, aos adultos (20-69 anos), selecionando as intervenções comprovadamente custo-efetivas em cada fase da vida e evitando os *check-up* genéricos e inespecíficos;
- Cuidados preventivos aos adultos mais idosos (com 70 e mais anos) organizando estes cuidados de acordo com uma identificação estruturada das necessidades específicas de cada pessoa e da família orientada para atuar sobre os determinantes de autonomia e independência;
- Cuidados que promovam o bem-estar e a autonomia da pessoa adulta e idosa, dirigidos prioritariamente aos grupos vulneráveis, aos grupos de risco e aos grupos com necessidades especiais;
- Abordagem de todas as situações pessoais tendo em conta as avaliações do seu estado global de saúde e os contextos familiares, socioculturais e sócio ocupacionais.

Para dar resposta aos compromissos assumidos, os cuidados de enfermagem decorrem em consultas de enfermagem de vigilância de saúde de idosos com doença crónica (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus), na sala de tratamentos de enfermagem, na sala de vacinação, na visita domiciliária, entre outros. Onde cada enfermeiro de referência possui a sua lista de utentes (D-L n.º 298/2007).

Apêndice IV – Sessão de apresentação à equipa da USF

A UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (UCA) DO HCC

Como promover a articulação com a comunidade

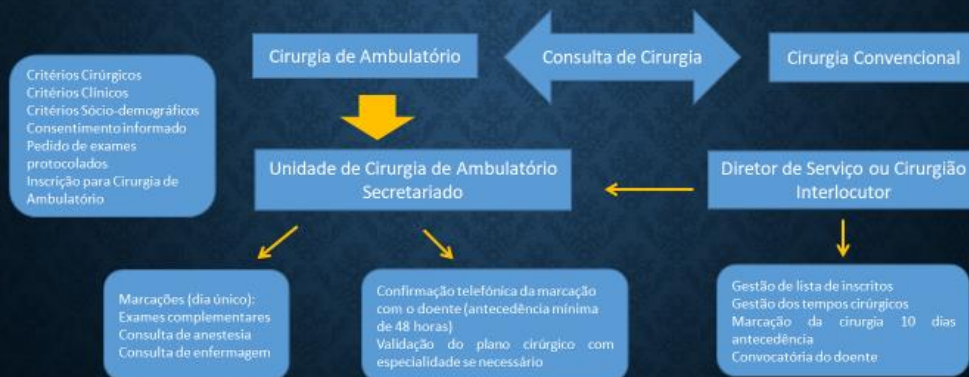
UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

- edifício central (Piso 0)
- 4 salas BO
- recobro primário (8 camas)
- recobro secundário (12 cadeirões)
- circuito interno (profissionais e utentes)
- circuito externo (acompanhante/família)
- especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, urologia, cirurgia vascular, ortopedia, nefrologia, CPR, CMF, estomatologia e NC.



UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

• Fluxograma do cliente para cirurgia de Ambulatório

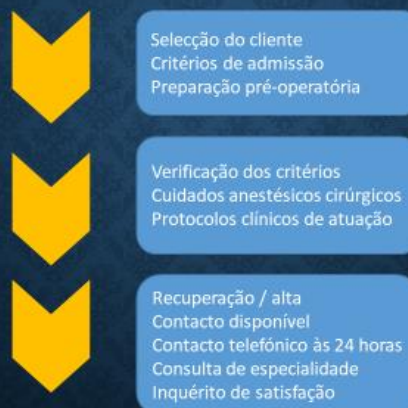


ESEL 7ºCEMEEMC-FIUC - Estágio com relatório

28/10/2016 - USF Lolos

UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

• Fluxograma do cliente na unidade de cirurgia de Ambulatório



ESEL 7ºCEMEEMC-FIUC - Estágio com relatório

28/10/2016 - USF Lolos

UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

Período pré-operatório

O algoritmo de avaliação pré-operatória inclui

- ✓ Consulta da especialidade cirúrgica
- ✓ Inquérito pré-operatório
- ✓ Consulta de anestesia na UCA
- ✓ Consulta de enfermagem na UCA
- ✓ Visita à Unidade
- ✓ Estudo pré-operatório protocolado no próprio dia das consultas
- ✓ Informação verbal e escrita adaptada à intervenção cirúrgica proposta.

UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

- Circuito do doente no dia da intervenção



UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

Dia da Intervenção

- Para cada uma das fases do circuito do cliente no dia da intervenção, foram criados protocolos clínicos de atuação:
 - ✓ Realização da check-list e protocolo de preparação
 - ✓ Orientações para a analgesia peri-operatória
 - ✓ Orientações para prevenção e tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios
 - ✓ Registos clínicos, adaptados às fases de recobro
 - ✓ Critérios de alta do recobro I e II
 - ✓ Verificação/validação dos critérios de alta para o domicílio
 - ✓ Verificação da check-list de alta para o domicílio - documentação necessária à alta
 - ✓ Cedência de fármacos para o domicílio
 - ✓ Informação escrita e verbal na presença de adulto responsável, adaptada à intervenção cirúrgica, técnica anestésica

UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

Cuidados após a alta

- ✓ Reforço das orientações junto do cliente e cuidador
- ✓ Alerta para despiste de sinais de alarme e recursos existentes
- ✓ Contacto telefónico disponível entre as 8 e 20 horas
- ✓ Consulta de follow up após 24h e ao 7º dia
- ✓ Inquérito de satisfação pós-operatório
- ✓ Consulta pós-operatória pela especialidade cirúrgica
- ✓ Continuidade de cuidados na comunidade

UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

Perspectivas para o futuro

Indicadores clínicos de qualidade na cirurgia de ambulatório na UCA



Articulação com ACES Central

UCA COMO PROMOVER A ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

Referências bibliográficas

- AESOP - Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. 3 a . ed. Lisboa : AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2013. 163 p. ISBN 978-989-20-3725-7.
- LEMOS, P. - Day surgery. Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). 2006.
- MARCOS, A. - Unidade de Cirurgia de ambulatório do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho - três anos de evolução. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. 12:1 (2011).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2009.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Ruivo M.; Ferrito C. & Nunes L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. Percursos (5), 1-37.
- Sequeira C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto editora

Apêndice V – Descrição da UCA

Descrição da UCA

A UCA é uma unidade de assistência diurna e autónoma, funcionando nos dias úteis, entre as 8 e as 20 horas. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e quatro enfermeiros. Constituem também a equipa multidisciplinar, cirurgiões das diversas especialidades cirúrgicas que realizam cirurgias em ambulatório, anestesiolistas afetos à unidade, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A gestão da unidade é assegurada por uma equipa coordenadora da qual fazem parte o cirurgião coordenador, o enfermeiro chefe e o anestesiolista responsável.

Apresenta um modelo organizativo centrado no utente, que envolve um circuito independente do internamento, procurando ganhos em eficiência e qualidade, obtendo níveis de maior satisfação e humanização de utentes e familiares. Possuindo um circuito de utentes bem estabelecido com um percurso que compreende a admissão, sala de preparação, sala operatória e unidade de cuidados pós anestésicos (recobro I) e sala de recuperação cirúrgica até ao momento da alta hospitalar (recobro II). Tem estabelecido protocolos clínicos relativamente a seleção de doentes a admitir no programa de CA, avaliação pré-operatória (consulta de anestesia e de enfermagem), terapêutica analgésica e critérios de alta.

Existe informação escrita com instruções do pré-operatório e do pós-operatório, sendo disponibilizada aos clientes e familiares, num folheto intitulado “Guia do Utente” onde contam orientações para o período pré-operatório sobre o procedimento, eventuais riscos, descrição do dia da cirurgia, tempo de jejum e outros comportamentos a aconselhar. No período pós cirúrgico, informa sobre medicação prescrita e crónica, quando e como reiniciar atividade física, complicações mais prováveis e como proceder perante as mesmas, contacto telefónico da unidade e contacto telefónico móvel da urgência interna de cirurgia.

Como procedimento de apoio à manutenção da segurança no período pós-operatório, está contemplado um contacto telefónico ao fim de 24 horas e após 7 dias da intervenção cirúrgica, visando a avaliação do estado clínico, o esclarecimento de eventuais dúvidas

e fornecimento de orientações se necessário. Para avaliar o grau de satisfação, é entregue um inquérito de preenchimento anónimo.

Os registos de enfermagem em CA são efetuados em suporte papel por inexistência de SClínico neste contexto.

A UCA conjuga duas realidades organizacionais distintas, deve obedecer às regras de um bloco operatório convencional em que é preciso garantir a assepsia, assegurando percursos diferenciados e sequenciais, e ao mesmo tempo garantir a ligação ao exterior permitindo o acompanhamento das pessoas pela família.

Desta forma a estrutura física da unidade compreende as seguintes áreas distintas:

- Área livre – sala de espera clientes e familiares, secretariado e gabinetes de consulta;
- Área semi restrita – corredores acesso, recobro I e II, área de trabalho, áreas de armazenamento de materiais, gabinetes internos;
- Área restrita – sala de operações, sala de desinfeção, sala de material esterilizado, corredor interno do bloco operatório

A organização funcional destas áreas deverá ajustar-se de modo a estabelecer circuitos próprios e diferenciados, com uma sequência lógica, identificando as funções, os comportamentos e as intervenções realizadas em cada uma das áreas. Assim definiram-se os seguintes circuitos necessários:

- Circuito dos clientes e família;
- Circuito de acompanhantes;
- Circuito dos profissionais;
- Circuito de limpos;
- Circuito de sujos.

Os cuidados de enfermagem em cirurgia de ambatório desenvolvem-se em três fases operatórias (AESOP, 2006; Rothrock, 2008; DGS, 2001):

- Período Pré-Operatório: Consulta de Enfermagem e acolhimento da unidade;
- Período Intra-Operatório: Sala de Operações;
- Período Pós-Operatório: UCPA e no domicílio.

Período Pré-Operatório

Consulta de Enfermagem:

- Avaliar as necessidades físicas e psicológicas da pessoa;
- Descrever procedimentos anestésicos e cirúrgicos;
- Envolver a família no plano de assistência;
- Fornecer documentação importante para orientação da pessoa;
- Realizar atividades educativas: período pós-operatório, alta hospitalar.

Acolhimento da unidade:

- Identificação completa da pessoa;
- Observação e avaliação do comportamento físico e psicossocial geral, alterações sensitivas e da percepção, condição emocional, interação com a família e cooperação com as instruções pré-operatórias;
- Avaliação de sinais vitais;
- Verificação de exames auxiliares de diagnóstico, história e exame físico;
- Administração de terapêutica pré-operatórias segundo prescrição;
- Avaliação da ansiedade e fatores desencadeadores de *stress*;
- Avaliação do consentimento informado e tomada de decisão expressos;
- Avaliação do conhecimento do quanto ao procedimento cirúrgico a realizar, recuperação e cuidados pós-operatórios.
- Avaliação das expectativas face ao controlo da dor e comportamentos pós-operatórios;
- Desenvolvimento de um plano de cuidados apropriado.

Período Intra-Operatório

Sala de Operações:

- Identificação completa da pessoa;
- Comunicação verbal e não-verbal;
- Conforto e bem-estar;
- Monitorização os sinais vitais;
- Posicionamento;
- Administração de terapêutica;
- Vigilância de alteração do estado de consciência e hemodinâmico;
- Percepção da dor;
- Manutenção da segurança;
- Prevenção da infeção.

Período Pós-Operatório

UCPA :

- Avaliar a respiração/ventilação inadequada relacionada com a anestesia ou obstrução das vias áreas;
- Monitorizar risco de volume hídrico deficiente relacionado com a anestesia ou com a hipovolémia;
- Monitorizar lesão relacionada com o delírio da recuperação;
- Monitorizar a avaliação de dor;
- Monitorizar temperatura corporal;
- Monitorizar náuseas e vômitos relacionados com a anestesia ou ao procedimento cirúrgico;
- Proteger áreas sob efeito de anestésico local ou bloqueio regional;
- Monitorizar alteração da circulação relacionada com o procedimento cirúrgico, curativo ou aparelho gessado;
- Incentivar a deambulação precoce e a ingestão progressiva de líquidos, conforme apropriado;
- Documentar plano de cuidados e o procedimento;
- Recordar instruções por escrito e orientações para a alta.

Alta/Domicílio:

Consulta de Enfermagem não presencial (contacto telefónico):

- Esclarecer dúvidas;
- Despistar possíveis complicações;
- Avaliar a eficácia da analgesia;
- Reforçar orientações e cuidados pós-operatórios;
- Encaminhar para os CSP se necessário.

Apêndice VI – Estudo de caso

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

7º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa

ESTUDO DE CASO

**“Vivência da transição saúde/doença na Pessoa Idosa
submetida a cirurgia em contexto ambulatorio”**

Discente: Ana Catarina Teixeira, n.º 4082

Docente: Maria Emília Brito

LISBOA

2018

Lista de Siglas e Abreviaturas

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AP – Antecedentes pessoais

BNE – Bloqueio do neuroeixo

CA – Cirurgia de Ambulatório

CE – Consulta de enfermagem

CS – Centro de saúde

MCAF - Modelo de Avaliação da Família de *Calgary*

MF – Médico de família

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA	6
1.1. Identificação da pessoa	6
1.2. Avaliação familiar	6
1.3. Projeto de vida	9
1.4. História clínica	10
1.5. Situação atual	11
1.6. Hérnia inguinal	17
1.7. Instrumentos de avaliação multidimensional	20
1.8. Processo de transição	22
2. PLANO DE CUIDADOS	27
3. REFLEXÃO FINAL	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	

Apêndice I – Critérios de inclusão em cirurgia de ambulatório

Apêndice II – Instrumento de avaliação multidimensional

Apêndice III – Genograma e ecomapa

INTRODUÇÃO

O carácter inovador da cirurgia realizada em contexto de ambulatório assenta num conceito organizativo, centrado na pessoa que vai ser submetida a cirurgia, direccionando-a por um percurso diferente do convencional, em que se promove a personalização dos cuidados e se obtêm maiores ganhos ao nível da humanização, satisfação e qualidade (CNADCA, 2008). Ao debruçarmo-nos na vertente das pessoas idosas em CA, torna-se imperativo o desenvolvimento de intervenções capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades identificadas, permitindo minimizar custos e evitar dependências. A diversidade que caracteriza o envelhecimento, bem como, a atual realidade social e familiar, exigem novas respostas dos serviços de saúde e novas competências profissionais (DGS, 2004).

Neste âmbito surge a pertinência para desenvolver o atual projeto, visando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório, no decurso do qual procedemos à elaboração de um estudo de caso como oportunidade de reflexão, aprofundamento e mobilização de conhecimentos teóricos sobre esta temática em particular, transmitindo toda a sua complexidade de uma forma narrativa. O estudo de caso consiste numa análise aprofundada de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma organização com o intuito de ampliar o conhecimento detido sobre o mesmo (Fortin, 1999).

Os enfermeiros encontram-se em posição singular, enquanto elementos primordiais para transmissão de informação geradora de aprendizagens e de novas capacidades pela pessoa idosa e sua família. Pretendendo promover uma transição saudável na pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório, a prestação dos cuidados de enfermagem deverá estar fundamentada num quadro de atuação centrado na pessoa, e em parceria, permitir a construção de uma relação baseada na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento (McCormack, 2003).

A transição consiste numa mudança significativa na condição de saúde do indivíduo, requerendo a interiorização de novos conhecimentos, suscetíveis de alterar

comportamentos com a consequente modificação da definição do próprio no contexto social. Perante a fase do processo de envelhecimento em que a pessoa idosa se encontra, de acordo com as alterações de saúde que apresenta e face à sua capacidade em mobilizar os recursos necessários para enfrentar as mudanças e as exigências que as transições ocasionam, a atuação do enfermeiro deverá desenvolver-se de forma a promover condições facilitadoras dessas transições. Pela maior proximidade, conhecimento da realidade e necessidades das pessoas idosas, o enfermeiro detém um papel preponderante como facilitadores do processo de transição (Meleis, 2010; Lopes, 2013).

Ao elaborar este estudo de caso pretendemos descrever o fenómeno de transição saúde/doença vivenciado por o Sr. F. com idade superior a 65 anos, que após diagnóstico teve indicação para ser submetido a reparação cirúrgica de hérnia inguinal à esquerda recidivada e hérnia inguinal à direita, cumprindo critérios clínicos e sociais (Apêndice I) para ser intervencionado nesta UCA. Optámos pela seleção deste caso por ser representativo da população da área de influência da UCA, e devido à elevada prevalência desta intervenção cirúrgica neste grupo etário em contexto ambulatorio.

Como método de colheita de dados utilizámos a observação direta, a entrevista semiestruturada, a consulta do processo clínico e procedemos à aplicação do instrumento de avaliação construído no âmbito do projeto (Apêndice II), de modo a concretizar um plano de cuidados perioperatório individualizado, norteado pelo referencial da teoria das transições de Meleis.

Este trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro procedemos à identificação e descrição da pessoa idosa e o seu contexto sociofamiliar, explanando a situação de cuidados vivenciada; no segundo capítulo apresentamos o plano de cuidados elaborado e no terceiro capítulo finalizamos com uma breve reflexão sobre o trabalho desenvolvido e as considerações finais do mesmo.

1. DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA

1.1. Identificação da pessoa idosa

O Sr. A. P. F., que prefere ser chamado por F., tem 80 anos, biótipo humano branco, nacionalidade portuguesa, nascido a 08/12/1936 num concelho do distrito de Lisboa. Residente noutro concelho do mesmo distrito desde os 20 anos de idade, para onde se deslocou após matrimónio e por motivos profissionais. Como habilitações literárias, possui o 12º ano de escolaridade que frequentou enquanto trabalhador-estudante em regime noturno. Exerceu a profissão de serralheiro civil durante 22 anos, numa empresa de fabrico de autocarros até ao ano de 1992, altura em que ocorreu o encerramento da mesma. No mesmo ano começou a trabalhar como vendedor porta-a-porta numa empresa de seguros, progredindo nessa profissão até ter estabelecido o seu próprio negócio como mediador de seguros, profissão que exerce atualmente.

Casado há 62 anos com a Sra. M. C. C., tendo um filho de 61 anos, casado, com 2 filhas de 37 e 33 anos respetivamente, ambas solteiras e sem filhos. Reside em moradia unifamiliar, piso térreo, com condições de habitabilidade.

1.2. Avaliação familiar

Para procedermos à avaliação familiar, foi escolhido o Modelo de Avaliação Familiar de *Calgary* (MCAF). Define-se como uma estrutura multidimensional, integrada, assente em três principais categorias de avaliação, estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2013).

- **Avaliação estrutural**

Ao avaliar uma família, o enfermeiro deverá examinar a sua estrutura, qual o vínculo afetivo entre os seus membros em comparação com os indivíduos externos e qual o seu contexto. O genograma e ecomapa, são instrumentos particularmente úteis para delinear as estruturas internas e externas da família. O genograma consiste num diagrama do grupo familiar enquanto que o ecomapa traduz um diagrama da convivência da família com outros indivíduos fora da família imediata, representando os vínculos importantes

entre esta e o mundo. O esboço gráfico do genograma apresenta-se como uma árvore familiar representativa da estrutura familiar interna. Por sua vez, o valor primário do ecomapa é o impacto visual, nele estão representados os relacionamentos recíprocos entre os membros da família e as instituições da comunidade mais amplas (Wright & Leahey, 2013). O Sr. F. mantém uma relação muito próxima com o filho pois trabalham em conjunto e desde 1997 partilham a gestão da empresa de mediação de seguros. O filho e a nora residem próximo do Sr. F., a nora é 6 anos mais velha que o marido e já se encontra reformada. As netas do Sr. F. residem noutros concelhos do distrito de Lisboa, mas visitam os pais e os avós com frequência. O Sr. F. possui ainda como familiares próximos, o cunhado Sr. M. irmão da sua esposa e o cunhado Sr. C. viúvo, que foi casado com uma das suas irmãs.

Como recursos da comunidade o Sr. F. identifica o seu médico de família (MF) como o elemento de referência da sua unidade de saúde - centro de saúde (CS). Frequenta diariamente o centro de convívio da associação de reformados da sua zona de residência, onde se desloca para ir beber café e socializar com amigos, nomeando esta associação como uma estrutura a recorrer em caso de necessidade.

Procedemos à elaboração do genograma e do ecomapa de modo a representar graficamente as estruturas familiares e ligações do Sr. F. com o meio que o rodeia (Apêndice III).

- Avaliação de desenvolvimento

O desenvolvimento familiar é um conceito dominante no qual o enfermeiro deverá perceber qual o curso do ciclo vital de cada família, pois cada núcleo familiar possui o seu próprio ritmo de desenvolvimento, sofrendo constante influência do contexto passado e presente, bem como, das aspirações futuras (Wright & Leahey, 2013). A família do Sr. F. encontra-se no estágio 6 do ciclo vital da família, isto é, família no estágio tardio da vida. Presentemente o Sr. F. delegou no filho a gestão completa da empresa de ambos, participando apenas como consultor. Pretende continuar a trabalhar, mas com uma carga horária mais reduzida e flexível, alegando que precisa de mais tempo livre para si próprio

e para a sua esposa de modo a gozarem juntos e com qualidade, o tempo de vida que ainda dispõem. A Sra. M. nunca exerceu uma profissão por opção pessoal e familiar. O casal vivencia de forma positiva a sua condição enquanto pessoas idosas, expressando um percurso gratificante e pleno de significativas realizações pessoais e profissionais. Referem saudade dos familiares próximos, entretanto já falecidos, mas as suas convicções religiosas ajudam a aceitar esta realidade como parte integrante do ciclo de vida.

- Avaliação funcional

Caracteriza-se por dois aspetos básicos do funcionamento familiar, o instrumental e expressivo. O funcionamento instrumental refere-se às atividades de vida diária (AVD), atividades básicas e instrumentais. O funcionamento expressivo é composto por nove subcategorias (comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões (Wright & Leahey, 2013).

O Sr. F. e a sua esposa, Sra. M., são ambos independentes nas AVD, possuem empregada doméstica que realiza as atividades domésticas de limpeza e tratamento de roupa. A Sra. M. confeciona as refeições e faz a manutenção diária da casa, o Sr. F. é responsável pela gestão financeira das despesas familiares, em conjunto deslocam-se ao comércio local e hipermercado próximo para realizarem as compras, pois a Sra. M. não possui habilitação para a condução automóvel. Sempre que necessário também o filho da Sra. M. está disponível para a acompanhar em alguma deslocação de outro cariz. O Sr. F. desloca-se diariamente de automóvel para o seu local de trabalho, contudo para vir ao município de Lisboa prefere utilizar o comboio.

Além da convivência diária com o filho, o casal contacta regularmente com os familiares mais próximos, sendo presença assídua na sua casa em reuniões familiares. As netas não partilham esta vivência diária por se encontrarem geograficamente distantes, contudo o Sr. F. manifesta grande apreço e orgulho pelas mesmas.

O Sr. F. refere que em todo o seu percurso de vida foi sempre em casal que os problemas familiares foram manifestados e resolvidos, embora expresse que sempre tentou proteger a esposa de certos incómodos financeiros para não a preocupar. Refere facilidade em partilhar as suas preocupações e emoções, sublinhando a preferência em fazê-lo com o filho sempre que as mesmas são de natureza profissional. Manifesta um significativo bem-estar económico, referindo-se ao mesmo como a recompensa de muito trabalho e dedicação. O Sr. F. e a esposa consideram fundamentais valores e princípios como a sinceridade, a lealdade, a generosidade e o respeito mútuo, norteadores do compromisso estabelecido enquanto casal e na educação do filho. Professam a religião católica, mas não frequentam a igreja assiduamente.

- História familiar

Dos cinco irmãos do Sr. F. apenas um permanece vivo, três irmãos faleceram após acidente vascular cerebral (AVC), desconhecendo a causa de morte do quarto irmão. O pai do Sr. F. faleceu aos 69 anos de idade após doença reumática prolongada, a mãe foi vítima de AVC aos 81 anos do qual resultaram sequelas tendo falecido com 91 anos.

1. 3. Projeto de vida

O Sr. F. manifesta vontade suspender a sua atividade profissional afim de usufruir de mais tempo de lazer com a sua esposa e de convívio com os seus familiares e amigos. Pretende mais tempo livre para a prática de exercício físico, mantendo a sua caminhada diária e participando em eventos desportivos com os companheiros desta atividade. Refere ainda vontade em dedicar-se a atividades culturais promovidas pela associação de reformados que frequenta. Atribui um valor muito significativo à manutenção da sua independência e da esposa, pelo que pretende continuar a renovar a carta de condução. Considera-se otimista, contudo o seu maior receio face ao futuro é vir a sofrer de alguma patologia incapacitante que o coloque numa situação de dependência.

1.4. História clínica

O Sr. F. tem como antecedentes pessoais (AP), tuberculose pulmonar aos 24 anos de idade com um internamento durante 10 meses no sanatório da Guarda, sem sequelas, efetuando estudo radiológico do tórax rastreio de 2 em 2 anos; AVC sem sequelas em 2014; dislipidemia; hipertensão arterial; prostatismo. Como antecedentes cirúrgicos, foi submetido a resseção transuretral da próstata em 2009 e herniorrafia inguinal à esquerda em 2010. Realiza colonoscopia para rastreio de cancro do colón de 2 em 2 anos e para remoção de pólipos intestinais, anteriormente diagnosticados. Com alergia conhecida à penicilina e derivados, referindo desconhecer outras alergias medicamentosas ou alimentares. Nega hábitos tabágicos, refere consumo moderado de álcool somente às refeições (1 a 2 copos de vinho/refeição). Apresenta alterações sensoriais ao nível da visão, usando ortótese ocular com lentes progressivas, evidencia também moderada hipoacusia à direita não utilizando dispositivo de amplificação sonora, não refere alteração do olfato e paladar, possui prótese dentária superior e inferior, não refere alteração da sensibilidade táctil. Refere um padrão de eliminação intestinal em tendência para a obstipação, que habitualmente o Sr. F. resolve com modificação na alimentação, a eliminação vesical não apresenta alteração. Faz a autovigilância da tensão arterial 2 vezes por dia, utilizando dispositivo de medição da tensão arterial digital que adquiriu para o seu domicílio. A sua avaliação antropométrica revela uma estatura de 164 cm e peso de 77 quilogramas, com um índice de massa corporal (IMC) igual $26,4 \text{ kg/m}^2$.

Gere autonomamente o regime terapêutico prescrito pelo seu MF e por médico da especialidade de medicina interna, onde é seguido em consultório privado. Medicação habitual: rilmenidina (1mg - PA), olmesartan e hidroclorotiazida (40mg/12,5mg – PA), rosuvastatina (10mg – JT), pantoprazol (40 mg – JJ), tadalafil (20mg), ácido acetilsalicílico (100mg – AL).

Refere recorrer anualmente ao CS para imunização com vacina contra o vírus da Gripe.

1.5. Situação atual

O Sr. F. foi referenciado pelo seu MF para consulta de especialidade cirúrgica no hospital de referência, após consulta e validação dos critérios de inclusão em CA o cirurgião efetuou o pedido de exames complementares de diagnóstico e procedeu ao encaminhamento para consulta de anestesiologia de ambulatório. No dia da referida consulta após confirmada a inclusão como “APTO” segue-se a consulta de enfermagem.

O Sr. F. compareceu na sala da CE acompanhado pela esposa Sra. M., convidámos o casal a sentar-se confortavelmente, efetuámos a nossa apresentação e transmitimos o propósito da nossa consulta. Garantimos que as condições ambientais se encontravam reunidas de modo a facilitar a mesma. À observação constatamos que o Sr. F. não possui qualquer dificuldade de locomoção, apresenta cabelo rareado e grisalho, pele e mucosas coradas e hidratadas, com uma tonalidade ligeiramente bronzeada, utiliza ortótese ocular. Apresenta um discurso fluente e perceptível, demonstrando boa disposição assim que teve início a consulta. Constatamos diminuição da acuidade auditiva à direita, com necessidade de ligeira elevação do tom de voz para assegurar a compreensão da informação transmitida. Procedemos à avaliação dos critérios de admissão ao programa de CA efetuando a validação do critérios sociais, constatando que o Sr. F. reside na área de abrangência, distando menos de 60 minutos do serviço de urgência do hospital de referência da UCA, a sua habitação reúne as condições básicas de higiene e salubridade e não foram identificadas barreiras arquitetónicas que inviabilizem a sua admissibilidade, a esposa do Sr. F. apresenta-se como elemento responsável afim de garantir os cuidados no domicílio durante o período pós-operatório imediato, o transporte de regresso ao domicílio será assegurado pelo filho do Sr. F. em viatura automóvel do próprio, confirma-se a existência de contacto telefónico. Posteriormente, com o objetivo de conhecer a sua história clínica, o contexto atual de doença, a história familiar e os recursos existentes efetuámos a colheita de dados e o respetivo registo na folha de registo de enfermagem da consulta. Pretendemos também conhecer os hábitos de vida do Sr. F. e as suas expetativas face à intervenção cirúrgica. Relativamente ao procedimento cirúrgico o Sr. F. manifesta moderada ansiedade com o resultado da cirurgia, uma vez que se verificou uma recidiva da hérnia inguinal à esquerda operada em 2010, encontrando-se apreensivo

face à possibilidade de esta situação ocorrer novamente. Devido ao estilo de vida ativo e à prática diária de exercício físico, o Sr. F. manifesta também receio face ao tempo de recuperação após a cirurgia para retornar às suas atividades diárias e as implicações a que poderá estar sujeito, nomeadamente em relação à dor. Atualmente o Sr. F. descreve a dor resultante do esforço na região inguinal direita e a dor esporádica na região inguinal esquerda, como a principal condicionante no seu contexto de vida diário. Manifesta a expectativa de que a cirurgia resolva definitivamente esta limitação e possibilite a ausência de dor. O Sr. F. verbalizou ainda ligeiro receio com a técnica anestésica proposta, a raquianestesia também denominada bloqueio do neuroeixo (BNE), pelo que procurámos desmistificar os seus medos e receios, demonstrando as vantagens da mesma e assegurando que se assim o pretendesse poderia ser administrada terapêutica indutora do sono.

Apesar da circunstância cirúrgica atual não consistir novidade para o Sr. F., uma vez que a cirurgia anterior foi também realizada em âmbito ambulatorio, transmitimos toda a informação inerente ao percurso perioperatório de forma detalhada, adequando o discurso sempre que necessário, explicitando todas as etapas e os cuidados inerentes, assegurando a capacidade de compreensão e retenção da informação transmitida utilizando a técnica *teach back* repetidas vezes durante a consulta (Engelke & Schub, 2016). Procedemos à apresentação da escala numérica de dor e da escala de faces, assegurando que o Sr. F. compreende corretamente o seu significado e modo de utilização. Além da mensagem verbal, utilizámos os folhetos informativos existentes onde colocámos informação escrita adicional considerada pertinente. Procedemos também à demonstração e treino de técnicas de mecânica corporal adequadas à mobilização no período pós-operatório. Efetuámos a avaliação de sinais vitais: tensão arterial de 139/66 mmHg, pulsação de 71 bpm, SpO2 de 100%, dor=0. Realizámos também a avaliação antropométrica.

Primeiramente reportamo-nos aos cuidados inerentes ao período anterior à cirurgia (véspera) relativamente à necessidade de efetuar jejum de 6 horas para todos os alimentos sólidos e alimentos lácteos e seus derivados, e jejum de 2 horas para água ou chá. Relativamente à medicação prescrita habitualmente, ingerir a mesma com água respeitando o período de 2 horas de jejum. Na véspera da cirurgia na refeição do jantar

evitar alimentos ricos em gordura e de difícil digestão. Foi reforçada a indicação para suspensão do anticoagulante oral 72h antes da intervenção cirúrgica. Alertamos ainda para a necessidade de avisar a UCA em caso de alteração do seu estado de saúde ou outra situação que impossibilite a comparência. No dia da cirurgia, ainda no domicílio referimos a importância de efetuar os cuidados de higiene pessoal completos, evitando o uso de desodorizante, creme hidratante e perfume. Aconselhamos a vir vestido com roupa casual, leve e confortável, por exemplo fato de treino, que permita despir e vestir facilmente. O calçado também deverá possuir as mesmas características do vestuário. Não trazer objetos de valor (joias e/ou adornos) apenas o relógio de pulso e os óculos. Deve fazer-se acompanhar do respetivo documento de identificação, uma lista de toda medicação habitual atualizada ou os próprios medicamentos e os exames auxiliares de diagnóstico realizados externamente. Incentivamos a trazer um livro, revista ou jornal que proporcione ocupação/entretenimento do tempo de espera. O serviço dispõe de cacifo individual para guardar os pertences durante o período de permanência. Após comparência na UCA e depois de ter cumprido as formalidades administrativas junto do secretariado será encaminhado para a sala de espera onde permanecerá na companhia da esposa até ao momento em que se irá deslocar para o circuito semi-restrito, acompanhado pela assistente operacional, onde se processam os primeiros preparativos (vestuário apropriado ao bloco operatório).

Posteriormente entra na zona restrita onde o enfermeiro dará início ao processo acolhimento, colocação da pulseira de identificação e preparação. O médico anestesiológista procede também à reavaliação anestésica, o cirurgião confirma o consentimento informado e efetua a marcação do local cirúrgico. Irá permanecer no cadeirão até ao momento de entrar para a sala de bloco operatório, onde decorrerá a cirurgia respeitando todos os critérios de segurança: recursos humanos, equipamentos, dispositivos médicos, condições ambientais, cumprimento de normas e procedimentos. Após a cirurgia, procede-se à transferência para a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), onde decorre o recobro fase I, em que irá permanecer durante o período pós-operatório imediato, com monitorização de sinais vitais e sob vigilância contínua até apresentar os critérios de transferência para o recobro fase II. Durante esta fase e perante a técnica anestésica adotada, irá permanecer no leito até à reversão total do bloqueio

motor, ao fim dos primeiros 60 minutos verificando-se a manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória, normotermia, penso cirúrgico íntegro e sem sinais de hemorragia, dor controlada e ausência de náuseas e vômitos, tem início a ingestão de líquidos. Se tolerar a mesma, ao fim de 30 minutos aproximadamente providencia-se a ingestão de sólidos. Inicia precocemente a aplicação de gelo no local cirúrgico. Nesta altura, a esposa do Sr. F. poderá entrar na sala para uma breve visita, utilizando vestuário descartável de proteção (bata, touca e protetores de calçado). Na presença de ambos, procede-se novamente à transmissão das orientações pós-operatórias, à entrega de todos os documentos necessários (informação clínica da alta, marcação de consulta pós-operatória, receita médica e guia de tratamento se necessário, certificado de incapacidade temporária e inquérito de avaliação de satisfação), ao fornecimento do número de contacto telefónico da unidade e o número de contacto fora do horário de funcionamento, em caso de complicações, à dispensa de terapêutica pós-operatória e o respetivo guia de prescrição segundo protocolo.

Quando se verificar a recuperação da flexão plantar do pé e da sensibilidade perianal, irá ser efetuado o levante do leito e a deambulação para a sala de recobro fase II. Entretanto será incentivado a deslocar-se ao wc para proceder à micção espontânea, por reunir diversos fatores de risco para desenvolver retenção urinária no pós-operatório. Nesta sala, sentado em cadeirão, irá permanecer em vigilância clínica até reunir os critérios de alta protocolados para o domicílio. Depois de efetivada pelo médico anestesiológista, e em conjunto com o enfermeiro que é responsável por proceder ao acompanhamento e verificação de todas as condições necessárias, concretiza-se o momento da alta garantindo a segurança, a qualidade e o conforto. O regresso a casa deverá ser em viatura automóvel, acompanhado pela esposa e filho. Nesse mesmo dia ao jantar poderá ingerir uma refeição ligeira e fracionada, se surgirem náuseas ou vômitos aconselha-se a que faça uma pausa na ingestão alimentar durante 2 horas e retome a ingestão primeiramente com água ou chá (infusão), ocorrendo tolerância reiniciar os alimentos sólidos.

No dia seguinte deverá alternar períodos de repouso com períodos de deambulação em plano direito no domicílio, é recomendável a mobilização ativa e passiva gradual com dor controlada. Por risco aumentado de queda, deverá retirar tapetes e outros obstáculos

que possam precipitar a ocorrência de acidentes no domicílio. Na casa de banho sugere-se a utilização de um banco no duche e a supervisão e/ou ajuda da esposa do Sr. F. durante os cuidados de higiene. Ingerir se possível 1,5 litro de água ou chá (infusão). Retomar a dieta habitual gradualmente, com exceção da ingestão alcoólica que deverá ser suspensa. Cumprir a medicação analgésica prescrita. Retomar a medicação habitual e reiniciar a terapêutica anticoagulante oral segundo a indicação do cirurgião (informação consta da nota alta cirúrgica). Manter a aplicação de gelo local durante um máximo de 15 minutos até 3 vezes dia. Não molhar os pensos cirúrgicos durante 48 horas, pelo que os cuidados de higiene durante este tempo devem ser parciais. Após este tempo, retirar os pensos e deixar a ferida cirúrgica exposta ao ar, apenas em contacto com a roupa interior. Efetuar a vigilância da ferida, despistando sinais inflamatórios como rubor, edema, calor, presença de exsudado ou cheiro anormal. A ocorrência de febre, hemorragia abundante da ferida cirúrgica ou dor intensa que não cede à terapêutica instituída constituem motivos para se deslocar à urgência do hospital de referência da UCA, fazendo acompanhar-se da referida nota de alta. Perante qualquer dúvida deverá sempre contactar telefonicamente a unidade para esclarecimento da situação. Sugere-se a utilização do secador de cabelo com ar frio para garantir que o local cirúrgico permanece seco após os cuidados de higiene. A utilização de roupa interior ajustada e ligeiramente apertada, de modo a conseguir elevação da região escrotal para evitar hematoma pós-cirurgia, durante 4 semanas. Não conduzir durante 1 semana. Evitar esforços intensos, transportar e/ou empurrar utensílios pesados, subir escadas, durante 2 meses. Retomar gradualmente a rotina diária, podendo efetuar caminhadas em percursos curtos e plano direito. Evitar o exercício físico habitual até à consulta de cirurgia de pós-operatório e nessa altura validar com o cirurgião quando pode reiniciar o mesmo e quando é aconselhável retomar a atividade sexual. Evitar o esforço associado à eliminação intestinal, se ocorrer quadro de obstipação introduzir mais vegetais de folha verde e alimentos ricos em fibra na alimentação, aumentando também o aporte hídrico diário. Se a alteração na dieta for insuficiente para resolver o quadro obstipante, considerar a introdução de laxante solução oral até 3 vezes dia diluído em água morna. A extração dos agrafos cirúrgicos deverá ocorrer 8 a 10 após a cirurgia, data coincidente com a consulta de pós-operatório. Proceder ao encaminhamento de retorno ao médico de

família facultando a informação da nota de alta. A vigilância pós-operatória compreende a CE pós-operatória não presencial (*follow-up*), que será realizada por um enfermeiro da UCA, nas 24 horas após a cirurgia, ao sétimo dia de pós-operatório e sempre que se constate evolução desfavorável nos critérios estabelecidos. O contacto do dia seguinte irá permitir o esclarecimento de dúvidas, reforçar as orientações dos cuidados pós-operatórios, avaliar a eficácia da terapêutica analgésica prescrita e permitir despistar eventuais complicações. Deverá proceder-se novamente à confirmação da existência do contacto telefónico da unidade. Perante a possibilidade de se verificarem dúvidas na avaliação efetuada poderá realizar-se o encaminhamento para o centro de saúde da área de residência do Sr. F. ou para que compareça na unidade afim de ser observado pelo cirurgião. Uma semana após a cirurgia será efetuado novo contacto com o objetivo de avaliar a evolução perioperatória, efetuando a respetiva monitorização da recuperação funcional e reavaliação da condição de saúde. Elucidar também para a importância do preenchimento do inquérito de satisfação, realçando o anonimato do mesmo e para a possibilidade de ser entregue no secretariado da consulta externa no dia da consulta de pós-operatório, evitando a desnecessária deslocação à UCA.

Terminada toda a descrição de cuidados inerentes ao percurso perioperatório, demonstrámos ao Sr. F. e esposa toda a disponibilidade para a exposição de eventuais dúvidas ou preocupações, não tendo sido verbalizada qualquer necessidade de esclarecimento adicional. Por último, convidámos o casal a efetuar a visita pré-operatória afim de proporcionar a familiarização com o espaço físico do bloco operatório e o contacto com alguns elementos da equipa presentes, tendo por objetivo uma intervenção promotora de redução dos receios e ansiedade associados a este contexto de cuidados, visando o estabelecimento de uma relação de confiança e partilha, contribuindo para uma vivência cirúrgica mais positiva e humanizada. Solicitámos ao Sr. F. autorização para aprofundar o conhecimento sobre a sua história pessoal e de saúde, e para proceder à aplicação dos instrumentos de avaliação multidimensional, que foi concedida com lisonjeio, manifestando disponibilidade para agendar outro encontro.

1.6. Hérnia inguinal

A hérnia pode ser definida como uma protusão anormal (herniação) de um órgão da cavidade onde o mesmo se encontrava, através de um orifício anatómico. A fraqueza da parede abdominal, congênita ou adquirida, resulta na incapacidade de retenção do conteúdo visceral da cavidade abdominal dentro dos seus limites normais. A hérnia inguinal surge quando uma porção do intestino encontra uma região de fraqueza na parede abdominal resultando ou não numa tumefação evidente ao nível da região inguinal (Rothrock, 2008; Goulart & Martins, 2015).

Etiologicamente podem ser congénitas ou adquiridas, geralmente resultando de condições multifatoriais que originam o enfraquecimento do tecido muscular da parede abdominal. A hérnia inguinal pode ser classificada como direta, indireta ou mista, com origem primária ou recidivada. Descreve-se como direta quando a protusão do conteúdo abdominal surge medialmente aos vasos epigástricos inferiores (triângulo de Hesse Bach), e indireta quando acompanham lateralmente esses vasos pelo orifício inguinal profundo (Rothrock, 2008; Goulart & Martins, 2015).

Nos indivíduos do sexo masculino, logo após o nascimento, ocorre o encerramento do canal inguinal permanecendo apenas um orifício denominado anel inguinal que assegura a passagem do cordão espermático. Este encerramento fisiológico do canal inguinal impede o retorno testicular à cavidade abdominal, contudo em alguns casos verificam-se anomalias neste encerramento, resultando numa zona de vulnerabilidade onde poderá ocorrer herniação intestinal. Durante o desenvolvimento fetal, os testículos migram da parede dorsal da cavidade abdominal para o interior da bolsa escrotal onde permanecem alojados, neste processo o testículo direito é o que migra mais tardiamente, o que poderá explicar a maior incidência de hérnias à direita. Em idade pediátrica as hérnias inguinais são congénitas e originárias da persistência do processo peritoneu vaginal, podendo persistir até à idade adulta se não ocorrer a sua reparação. No adulto a etiologia é multifatorial e dependente da constituição anatómica individual, da proteção da fáscia transversalis e do aumento da pressão intra-abdominal (Rothrock, 2008; Goulart & Martins, 2015). Nos idosos a ocorrência de hérnia inguinal está associada à maior fraqueza da parede abdominal por diminuição de massa, tónus e força muscular, por

alterações musculoesqueléticas que derivam do processo de envelhecimento, bem como por condições que desencadeiam o aumento da pressão intra-abdominal (Amato et al., 2013; Oster & Oster, 2015).

Ao longo da vida do indivíduo a probabilidade de ocorrência de hérnia no canal inguinal ou femoral é entre 27 a 43% no gênero masculino e entre 3 a 6% no gênero feminino (HerniaSurge Group, 2018). Entre os 60 e os 74 anos, a incidência cumulativa de hérnia inguinal nos indivíduos do sexo masculino é aproximadamente de 23% (Pierides, Mattita & Vironen, 2013). O tratamento cirúrgico apresenta-se como a única opção para resolução desta condição, é estimado que anualmente sejam intervencionadas mais de 20 milhões de pessoas, tornando a cirurgia de reparação de hérnia inguinal como uma das mais comumente realizadas. Na sua grande maioria verifica-se o sucesso da intervenção, contudo ainda subsistem complicações, nomeadamente, uma taxa de recidiva entre 10 a 15% dos casos, ocorrência de incapacidade a longo prazo por dor crónica entre 10 a 12% e o aparecimento de dor severa aproximadamente entre 1 a 3% dos clientes intervencionados, com consequências negativas para os custos associados aos cuidados de saúde (HerniaSurge Group, 2018).

Com nível de evidência elevado, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de hérnia inguinal primária são a hereditariedade, gênero masculino (8 a 10 vezes mais comum), idade, alterações no metabolismo do colagénio, história de prostatectomia e obesidade. Com moderado nível de evidência, salientamos, a existência prévia de hérnia inguinal (8 a 30% dos clientes possuem hérnia inguinal bilateralmente), nível sérico da matriz metaloproteinase-2 aumentado, doença hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo a síndrome de Ehlers-Danlos). Com baixo nível de evidência encontramos, a raça, a obstipação crónica, o tabagismo e fatores socio ocupacionais (o esforço físico com excesso de pressão intra-abdominal poderá predispor ao aparecimento de hérnia inguinal). Ainda com muito baixo nível de evidência podemos encontrar a doença pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e tosse crónica) (Goulart & Martins, 2015; HerniaSurge Group, 2018).

A história clínica e o exame físico são habitualmente suficientes para a confirmação do diagnóstico de hérnia inguinal, contudo pode surgir incerteza nesse diagnóstico no caso de tumefação da região inguinal duvidosa ou de localização pouco específica,

tumefação intermitente que não é palpável no exame físico e queixas álgicas referidas ao nível da região inguinal sem nenhuma tumefação presente. Perante estas situações poderá ser necessário a realização de exames auxiliares de diagnóstico (como a radiografia convencional, a ecografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a herniografia) (Goulart & Martins, 2015; HerniaSurge Group, 2018).

Na escolha da técnica cirúrgica para tratamento da hérnia inguinal devem ser considerados fatores como a idade, o tipo de hérnia e a sintomatologia. A evidência científica mais atual sugere que o tratamento cirúrgico de hérnia inguinal unilateral não recidivada no adulto, deverá ser a hernioplastia por via aberta (método de *Lichtenstein*), realizada sob anestesia local em contexto de ambulatório. Contudo se não existir indicação para a realização de uma técnica com colocação de prótese, o método de *Shouldice* é o que apresenta melhores resultados. A opção de tratamento recorrendo à herniorrafia tem diminuído, face à evidência de que o risco de recidiva aumenta com a utilização desta técnica. O recurso à utilização de técnicas laparoscópicas está indicado como opção preferencial nas situações de hérnia inguinal bilateral e hérnia recidivada devido às reconhecidas vantagens desta abordagem, nomeadamente na recuperação mais célere e perante a menor incidência de infeções da ferida cirúrgica, formação de hematoma e dor crónica. No entanto, o maior dispêndio de tempo operatório, os gastos económicos associados e a exigência de experiência nesta abordagem, condicionam o seu custo-benefício como opção de tratamento na hérnia inguinal unilateral. É amplamente reconhecido a vantagem da utilização da técnica de infiltração (com mistura de fármacos de curta e longa ação) para bloqueio dos nervos ileo-hipogástrico ou ileo-inguinal ou ambos, concomitante à técnica anestésica escolhida, em que se constata o prolongamento da ação analgésica até ao período pós-operatório tardio (domicílio) (Goulart & Martins, 2015; HerniaSurge Group, 2018).

A mortalidade associada a este procedimento cirúrgico é relativamente baixa mesmo em idades mais avançadas, contudo em contexto de emergência nas situações de encarceramento e estrangulamento da hérnia, a cirurgia urgente apresenta 2,2% de risco de mortalidade. Comparativamente à cirurgia eletiva, o procedimento realizado em contexto de urgência aumenta o risco de mortalidade para aproximadamente 15%,

podendo atingir 44% se houver necessidade de ressecção intestinal (Goulart & Martins, 2015).

1.7. Instrumentos de avaliação multidimensional

- **Avaliação da capacidade funcional**

As atividades básicas de vida diária (ABVD) podem ser definidas como um conjunto de atividades primárias relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, possibilitando à pessoa viver sem ajuda. As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são as que permitem ao indivíduo adaptar-se ao meio onde se encontra e a manutenção da sua independência. Para o diagnóstico de comprometimento nas ABVD procedemos à utilização do instrumento Índice de Barthel e para as AIVD procedemos à utilização do instrumento Índice de Lawton, ambos validados para a população portuguesa (Sequeira, 2010).

Resultados:

Índice de Barthel: (Pontuação=100) – Independente

Índice de Lawton: (Pontuação=8) – Independente

No Índice de Lawton as atividades “cuidar da casa”, “lavar a roupa” e “preparar refeições” não são desempenhadas pelo Sr. F. no seu quotidiano, contudo não revelou incapacidade para as mesmas apenas inexistência de prática devido a fatores pessoais ou culturais (Sequeira, 2010).

- **Avaliação da função cognitiva e estado emocional**

Como medida de avaliação do funcionamento cognitivo utilizámos a escala Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein. Traduzido e adaptado para a população portuguesa, este instrumento permite uma breve avaliação do estado mental ao nível da linguagem, memória, atenção e cálculo (Sequeira, 2010). O Sr. F. é uma pessoa orientada no tempo, espaço e pessoa, apresentando um comportamento e atitudes adequados, a linguagem é apropriada e o discurso fluente e perceptível.

Resultados:

MMSE: (Pontuação=29) – Normal

As manifestações depressivas muito frequentes na população idosa, contribuem para uma percepção diminuída das suas capacidades, baixa autoestima e uma fraca participação social. Desta forma procedemos à avaliação do Sr. F. de forma a identificar potenciais sintomas de depressão, utilizando a Escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão curta (GDS-15) (Sequeira, 2010).

Resultado:

(GDS-15): (Pontuação=2) – Normal

- Avaliação do risco de queda

Procedemos à avaliação do risco de queda do Sr. F. recorrendo ao procedimento multissetorial vigente no hospital de referência da UCA, utilizando a Escala de Quedas de Morse (MFS) instituída. Foi submetida a adaptação cultural e linguística e validação, pelo que a sua utilização é assim recomendada na prestação de cuidados hospitalares em Portugal, podendo ser obtida através da consulta do Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (RIMAS) (Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014). O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior a pontuação maior o risco.

Resultado:

(MFS): (Pontuação=0) – Baixo risco de queda

- Avaliação da marcha e do equilíbrio

Para avaliação deste domínio utilizámos o teste Timed up and go (TUG) que é um dos instrumentos de avaliação da mobilidade e de equilíbrio funcional mais utilizados a nível nacional e internacional e de fácil aplicação. O TUG mede indiretamente a força, o equilíbrio e a estabilidade, contudo pode não refletir fatores de risco como alterações na acuidade visual (Rosa, et al., 2017).

Resultado:

(TUG): marcha estável com equilíbrio

- Avaliação do estado nutricional

O Mini Nutritional Assessment (MNA) é uma ferramenta de monitorização e avaliação, utilizada para avaliação do estado nutricional e identificação de pessoas idosas desnutridas ou em risco de desnutrição, sem recurso a parâmetros analíticos (GERMI s/d). O Sr. F. apresenta um índice de massa corporal (IMC) de 26,4 kg/m², considerado normal.

Resultado:

(MNA): (pontuação=14 - triagem) - Estado nutricional normal

Afim de conhecer os hábitos alimentares do Sr. F. procedemos à aplicação do restante instrumento, no qual se obteve uma pontuação total de 27,5 pontos e que confirmou a avaliação da triagem. Faz quatro refeições por dia, ingerindo uma porção diária de leite ou derivados, diariamente ingere carne ou peixe, semanalmente ingere duas ou mais porções de leguminosas, diariamente consome duas ou mais porções de fruta e produtos hortícolas. Relativamente à ingestão de líquidos, consome mais de cinco copos de água por dia além de chá e café.

1.8. Processo de transição

Perante uma situação de instabilidade gerada por uma mudança no estado de saúde, reconhece-se na própria pessoa a existência de recursos para agir como um elemento intencional, proativo, com grande dinamismo, revelando constituir-se como um elemento essencial e determinante para a efetivação de uma transição saudável (Meleis, 2010). Torna-se preponderante o papel que os enfermeiros podem desempenhar enquanto promotores de uma melhoria da capacidade desta transformação e na adaptação de todas as condições e circunstâncias em que a alteração ocorre.

O Sr. F. ao ser confrontado com o diagnóstico de hérnia inguinal direita recidivada e hérnia inguinal esquerda primária, em que a reparação cirúrgica se apresenta como a única opção de tratamento, encontra-se a vivenciar um processo de transição de natureza saúde/doença.

O período pós-operatório despoleta alterações ao nível da identidade, relações, habilidades, padrões de comportamento e na redefinição de papéis. Exigindo do

enfermeiro um profundo conhecimento sobre o Sr. F., os seus recursos, capacidades, meio envolvente, e quais as expetativas e preocupações com a intervenção cirúrgica.

O Sr. F. tem consciência que se encontra a vivenciar um período de transição, em que a confirmação da cirurgia possui implicações na sua vida pessoal, familiar e profissional, obrigando a uma adaptação temporária da sua rotina diária. Demonstra um adequado envolvimento com o fenómeno em causa, verbalizando expetativas realistas e preocupações ajustadas ao seu contexto de vida e atual estado de saúde, revelando comprometimento com os cuidados inerentes ao período pós-operatório. Nesta fase, o esclarecimento de eventuais dúvidas e receios permitirá o estabelecimento de uma relação de confiança que juntamente com um bom apoio familiar e social, irá refletir-se numa adesão favorável às orientações do enfermeiro. A alteração no nível de dependência desencadeada pela cirurgia obriga a uma redefinição de papéis na estrutura do casal, habituado a deter um papel dominante o Sr. F. irá necessitar da ajuda da esposa na realização das ABVD e nas AIVD. Perante a sua atividade profissional, manifesta aceitação com a necessidade de delegar temporariamente todas as decisões da gestão empresarial para o seu filho. O período de espera pela cirurgia poderá ser gerador de instabilidade por fomentar um aumento de ansiedade no Sr. F. e família, perante o condicionamento que o agendamento cirúrgico impõe à dinâmica e organização familiar. O Sr. F. acolhe positivamente este período de mudança com a expetativa de melhoria da sua condição de saúde e consequente estabilidade (Meleis, 2010).

As condições da transição que se apresentam como facilitadoras para o Sr. F. alcançar o bem-estar desejado são as crenças e atitudes positivas face ao desempenho profissional de todos os intervenientes neste processo. Demonstra confiança plena na equipa de saúde e na instituição hospitalar. O seu nível socioeconómico também se apresenta como condição facilitadora, uma vez que detém recursos económicos que lhe permitem recorrer a ajuda doméstica evitando assim sentimentos de sobrecarga perante a esposa durante o período pós-operatório. Estes recursos permitem também uma sensação de independência, uma vez que estando a condução automóvel condicionada, a possibilidade de aluguer de táxi para as deslocações pretendidas influencia positivamente o seu estado emocional. As habilitações literárias do Sr. F. são também

facilitadoras da aquisição de todos os conhecimentos e comportamentos esperados durante todo o percurso perioperatório. A fluência e coerência do seu discurso permitem a expressão correta e objetiva de todos os medos e preocupações, permitindo assim a adoção de estratégias de resolução de problemas no sentido da reorganização pessoal e familiar. A preparação anterior é facilitadora do processo de transição, o que vem reforçar a importância das orientações educativas e da visita pré-operatória como estratégias que o enfermeiro deverá adotar enquanto agente facilitador de aprendizagens (Malley et al., 2015; Meleis, 2010).

O conhecimento que o Sr. F. já detém sobre esta intervenção cirúrgica em concreto apresenta-se como condição facilitadora, mas também inibidora. O conhecimento sobre a experiência cirúrgica e o ambiente do bloco operatório são redutores de ansiedade, contudo perante a recidiva da hérnia operada anteriormente o estado emocional do Sr. F. é influenciado negativamente devido à possibilidade de recorrência desta situação.

A esposa e o filho do Sr. F. apresentam-se como condições sociais facilitadoras do processo de transição devido ao equilíbrio familiar e estabilidade que podem proporcionar. A esposa por estar continuamente presente, verbalizando uma esperança realista na recuperação funcional do Sr. F., demonstrando possuir recursos emocionais que contribuem positivamente para o seu bem-estar. O filho por demonstrar contínua disponibilidade e permitir a tomada de decisão autónoma e esclarecida do Sr. F. perante as implicações da cirurgia e os cuidados pós-operatórios.

Os padrões de resposta irão permitir avaliar o conhecimento do Sr. F. sobre este evento, os recursos de que dispõe e a forma como interpreta este momento crucial, fornecendo indicações ao enfermeiro sobre o sentido da transição (Meleis, 2010). A dor e as limitações ao autocuidado impostas pela cirurgia podem ser desencadeadores de vulnerabilidade e conduzir ao desequilíbrio individual e familiar, afetando negativamente todo o processo. O que vem dar ênfase à importância da comunicação efetiva e à necessidade de clarificação de toda a informação transmitida à pessoa idosa em contexto da CE, como estratégia de desenvolvimento de sentimentos de ligação ao processo de transição vivenciado, contrariando assim esta tendência.

Durante o percurso perioperatório, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na manutenção de uma constante interação com a pessoa idosa e família. A individualização dos cuidados atendendo às especificidades do Sr. F. proporcionará o estabelecimento de uma relação empática, assente na confiança mútua e que permita aprendizagens cruciais para o desenvolvimento de estratégias de *copinho* perante as possíveis adversidades. Constata-se uma atitude de aceitação por parte do Sr. F. em relação à cirurgia, reconhecendo-a como a única resposta para o seu problema. Revela capacidades de autocontrolo quando expressa emoções perante este evento indutor de stress. Identifica a família como o primeiro recurso de suporte social. Manifesta um adequado distanciamento dos possíveis problemas e complicações, permitindo uma intervenção capacitadora de aprendizagens necessárias à transferência dos cuidados pós-operatórios para o contexto do domicílio. No entanto, para a família do Sr. F esta transição de cuidados pós-operatórios despoleta uma dualidade de sentimentos, apesar de a recuperação ocorrer em ambiente familiar levando assim a uma maior satisfação, também é geradora de insegurança uma vez que os cuidadores formais estão ausentes (Meleis, 2010).

O resultado esperado é que o Sr. F. revele o domínio deste processo de transição, demonstrando a aquisição de comportamentos e competências que o habilitem a vivenciar este processo de forma saudável e positiva, no sentido do bem-estar pessoal e familiar. Desta forma, consideramos que a transição vivenciada pelo Sr. F. evolui para a mestria, uma vez que revela as suas escolhas e decisões assumindo o controlo da situação.

Compreender as condições e as propriedades intrínsecas ao processo de transição habilita o enfermeiro a desenvolver terapêuticas de Enfermagem congruentes com a singularidade da experiência cirúrgica do Sr. F. e sua família. Neste âmbito, a intervenção preconizada visa a promoção da adesão ao regime terapêutico delineado para o Sr. F. e também, a adoção de estratégias de *coping* centradas no problema (Meleis, 2010).

No sentido de promover e facilitar o processo de transição do Sr. F. o enfermeiro deverá proactivamente desenvolver estratégias preventivas de redução da ansiedade e

possibilitar as aprendizagens necessárias, de modo a que o percurso perioperatório decorra em segurança e qualidade, assegurando o conforto e bem-estar.

2. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado com o intuito de identificar os problemas, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e os indicadores de resultados. Os resultados obtidos, sensíveis às intervenções de enfermagem, contribuíram para a reflexão sobre a interação do enfermeiro no processo de transição vivenciado pelo Sr. F., traduzindo ganhos em saúde.

Problema identificado	Resultado esperado	Intervenções de enfermagem	Indicadores de resultado
Conhecimento diminuído sobre os cuidados pós-operatórios	Sr. F. demonstra conhecimentos sobre os cuidados pós-operatórios	Proporcionar as condições ambientais adequadas	Interação em contexto da CE
		Transmitir a informação relevante a esta etapa	Conhecimento correto do período pós-operatório
		Gerir a comunicação verbal e não verbal	Comunicação facilitada com elevação do tom de voz e utilização de recursos escritos
		Desenvolver atividades educativas fundamentais para a aprendizagem	Conhecimento correto dos cuidados pós-operatórios na realização das ABVD e AIVD
		Promover o envolvimento da família	Participação da esposa na consulta
		Permitir o esclarecimento de dúvidas	Colocação de questões, verbalização de receios e preocupações

		Apoiar a tomada de decisão	Interação com o enfermeiro
Risco de dor	Sr. F. apresente dor controlada no período pós-operatório	Proceder à avaliação da dor basal no momento da CE	Conhecimento correto da escala de dor, significado e modo de utilização
		Identificar fatores de alívio e de agravamento da dor	Conhecimento dos fatores de alívio e de agravamento da dor
		Informar sobre a prescrição terapêutica protocolada para o domicílio	Conhecimento correto da prescrição terapêutica
		Informar sobre terapêutica de resgate	Conhecimento correto da terapêutica de resgate
		Apresentar a guia terapêutica e respetiva interpretação	Conhecimento correto da guia de terapêutica
		Treinar técnicas não farmacológicas de alívio da dor	Conhecimento correto das técnicas de alívio da dor
		Instruir a aplicação de gelo no local cirúrgico até 3 vezes/dia	Conhecimento correto da aplicação de gelo local
		Incentivar à mobilização com recurso a técnicas de contenção da ferida cirúrgica	Conhecimento correto das técnicas de contenção
Risco de queda	Sr. F. não apresente quedas no período pós-operatório	Proceder à avaliação multifatorial do risco de queda	Conhecimento dos fatores individuais do risco de queda
		Identificar fatores relacionados com a	Conhecimento correto das alterações desencadeadas

		cirurgia predisponentes ao risco de queda	pela cirurgia relacionadas com o risco de queda
		Identificar fatores relacionados com o ambiente domiciliar predisponentes ao risco de queda	Conhecimento correto da manutenção de um ambiente seguro em casa
		Explicar os efeitos da medicação anestésica e o seu prolongamento no período pós-operatório	Conhecimento correto da situação
		Explicar os efeitos da técnica anestésica, alertando para o despiste de sinais sugestivos de complicações no período pós-operatório	Conhecimento correto da situação
Risco de infecção da ferida cirúrgica	Sr. F. não apresente infecção da ferida cirúrgica	Instruir sobre não molhar o penso nas primeiras 48h após a cirurgia	Conhecimento correto da importância de manter o penso limpo e seco
		Instruir sobre a vigilância de sinais inflamatórios da ferida cirúrgica	Conhecimento correto dos sinais sugestivos de infecção da ferida cirúrgica
		Incentivar ao cumprimento do regime terapêutico instituído como medida de prevenção	Conhecimento correto da importância de cumprir o regime terapêutico
		Informar sobre os procedimentos (data e local) para a extração dos agafos da ferida cirúrgica	Conhecimento correto da situação e do local onde deve comparecer.

Ansiedade do Sr. F face ao resultado da intervenção cirúrgica	Diminuir a ansiedade	Promover a verbalização de dúvidas, medos e preocupações	Confiança no resultado da cirurgia
		Explicar o procedimento previsto	Confiança na técnica cirúrgica escolhida como opção mais adequada
		Explicar a importância de cumprir a evicção de esforços no período pós-operatório	Conhecimento correto da evicção de esforços
		Explicar a importância de cumprir as orientações de retorno à atividade física prévia à cirurgia	Conhecimento correto da situação
	Promover a adesão ao regime terapêutico	Informar sobre os benefícios e possíveis riscos da cirurgia	Confiança no resultado da cirurgia e na sua capacidade de recuperação funcional
Ansiedade da esposa do Sr. F face à transferência de cuidados para o domicílio	Diminuir a ansiedade	Proporcionar as condições ambientais adequadas	Interação em contexto da CE
		Transmitir a informação adequada	Conhecimento correto da situação e dos cuidados inerentes ao período pós-operatório
		Promover a verbalização de dúvidas, receios e preocupações	Colocação de questões, verbalização de dúvidas, receios e preocupações
		Informar sobre o contato telefónico existente e os recursos disponíveis	Conhecimento correto dos contactos telefónicos e dos recursos existentes

3. REFLEXÃO FINAL

A intervenção cirúrgica constitui um momento de mudança e de transição para o indivíduo que vivencia esta experiência. A estadia em ambiente hospitalar é um acontecimento com repercussões na dinâmica familiar por desencadear alterações nos hábitos de vida diários. O contexto da CA exige que num curto período de tempo ocorram modificações ao nível da identidade, dos papéis a desempenhar, sendo exigidos novos comportamentos.

O enfermeiro conjuntamente com o cliente tem por missão desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde identificados. Para Benner (2001), as enfermeiras reconhecem como preponderante o papel que detém na educação do indivíduo face à intervenção cirúrgica que vai ser submetido e no seu processo de recuperação. Sempre que possível, as enfermeiras informam os clientes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações (desmistificam medos e receios) e fornecem explicações/orientações quando se produzem mudanças físicas. Se em condições normais este é um processo exigente, em situações de desequilíbrio (cirurgia) torna-se muito mais complicado de alcançar pelo medo que o indivíduo manifesta. As enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas, sendo obrigadas a recorrer a recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, entre outros.

É cada mais aceite que a proximidade global da enfermeira ao cliente, permite ter em conta os efeitos do *stress* e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura. As funções educativas, relacionais e as observações da enfermeira desempenham um papel fulcral na readaptação do indivíduo e na promoção da saúde, contudo tal aproximação holística pressupõe a experiência e a continuidade dos cuidados. Em suma, no seu desempenho profissional as enfermeiras estabelecem uma relação terapêutica e um clima propício à recuperação, à cura e à promoção da saúde (Benner, 2001).

O modelo teórico de Meleis permitiu compreender e analisar o papel do enfermeiro enquanto facilitador do processo de transição saúde-doença. Sendo parte integrante do contexto onde se processa a transição, o desenvolvimento da interação entre o

enfermeiro e a pessoa permite a realização do processo de enfermagem, onde se procede ao planejamento de ações terapêuticas que visam aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar. No entanto, os fenómenos de transição possuem padrões de comportamento que requerem dos enfermeiros a capacidade em direcionar as intervenções no sentido de uma transição saudável.

A realização deste trabalho permitiu a reflexão aprofundada sobre uma pessoa idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatorio em processo de transição saúde-doença. Concretizámos a avaliação multidimensional da mesma com o desígnio de obter uma detalhada compreensão das suas especificidades e singularidade, de forma a realizar uma intervenção de enfermagem individualizada e centrada nas necessidades identificadas.

O plano de cuidados elaborado possibilitou a implementação de intervenções adequadas aos objetivos e expectativas do Sr. F e família, favorecendo a sua participação ativa em todo o processo e assegurando a continuidade dos cuidados. A fundamentação do mesmo utilizando o referencial teórico de Meleis contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A consulta de enfermagem a que nos propusemos realizar enquanto exercício académico, possibilitou uma interação complexa com esta pessoa e família que se traduziu no desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa. A reflexão para a ação e na ação específica deste caso concreto, visou um conjunto de atividades de desenvolvimento pessoal e profissional alusivas aos cuidados especializados à pessoa idosa em CA. Particularmente ao nível do domínio da gestão dos cuidados, em que desenvolvemos uma intervenção de enfermagem sustentada na melhor evidência científica, procurando conhecer a pessoa idosa na sua singularidade afim de construir uma relação de respeito e confiança, dotando-a de competências de decisão sobre os cuidados prestados. Também no domínio das aprendizagens profissionais, o aprofundamento da temática que este estudo de caso permitiu veio fundamentar a nossa prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Gostaríamos ainda de destacar as competências relacionais, especificamente as comunicacionais, que se revelaram fundamentais na prossecução dos objetivos deste trabalho.

No contexto atual de contingência de recursos humanos em que as prioridades de atuação são de índole económico-organizacional, este estudo de caso veio reforçar a importância do papel do enfermeiro em CA, destacando o seu potencial de intervenção na abordagem específica da pessoa idosa promovendo o bem-estar e qualidade de vida.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.

Amato, B., Compagna, R., Fappiano, F., Rossi R., Bianco, T., Danzi, M. ... Massa, S. (2013). Day-surgery inguinal hernia repair in the elderly: single centre experience. *BMC Surgery*, Suppl 2(S28). DOI:10.1186/1471-2482-13-S2-S28

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2012). *Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vómitos em Cirurgia Ambulatória*. Janeiro, 2012. Acedido a 27/02/2017. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2013). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. Janeiro, 2013. Acedido a 27/02/2017. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2016). *Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória*. Maio, 2016. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (s/d). *Recomendações para a anestesia regional em cirurgia ambulatória*. Acedido a 30/03/2017. Disponível em <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (s/d). *Manuseio perioperatório dos doentes medicados com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários*. Acedido a 30/03/2017. Disponível em <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/manuseioPeriOperatorio.pdf>

- Costa-Dias, M., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Referência*, IV Série (2), 7-17. DOI: org/10.12707/RIII1382.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. Acedido em 24/10/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1532632612254>
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Acedido em 24/10/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013. Acedido em 27/11/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Processo de Gestão da Medicação*. Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015. Acedido em 27/11/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa* nº 015/2010 de 14/12/2010. Acedido em 30/11/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Cirurgia Segura Salva Vidas*. Norma nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013. Acedido em 20/07/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/normas.aspx>
- Engelke, Z. & Schub, T. (2016). *Patient Education: teaching the older adult*. Cinahl Information Systems. Vol 65 (4). Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/delivery?sid=0de72112-42f2-4ec1-a6f7-c84972774b7>
- GERMI (s/d). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Goulart, A. & Martins, S. (2015). Hérnia inguinal: anatomia, patofisiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II Série (33), 25-42. Acedido 31-10-2017. Disponível em <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/510/397>
- HerniaSurge Group (2018). International guidelines for groin hernia management. *Springer*, 22, 1–165. DOI:10.1007/s10029-017-1668-x
- Malley, A., Kenner, C., Kim, T. & Blakeney, B. (2015). The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1-181.e9. DOI:10.1016/j.aorn.2015.06.004
- Meleis, A. I. (Ed.) (2010). *Transitions theory middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Nestlé Nutricion Institute (s/d). Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional. Acedido a 23/01/2017. Disponível em https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
- Oster, K. & Oster, C. (2015). Special needs population: care of the geriatric patient population in the perioperative setting. *AORN Journal*, 101(4), 443-456. DOI:10.1016/j.aorn.2014.10.022

- Pierides, G., Mattila, K. & Vironen, J. (2013). Quality of life change in elderly patients undergoing open inguinal hernia repair. *Springer*, 17, 729–736.
DOI:10.1007/s10029-013-1171-y
- Rosa, A., Freitas, A., Lopes, C., Gonçalves, S., Redondo, A. & Sousa, L. (2017) Propriedades métricas do Timed Up and Go no Idoso: revisão integrativa da literatura. *Investigação em Enfermagem*, 21-31. Acedido em 29/11/2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/319037110_Propriedades_metricas_do_Timed_Up_and_Go_Test_no_idoso_revisao_integrativa_da_literatura
- Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6 th ed.). Philadelphia: F. A: Davis Company.

Apêndice I – Critérios de inclusão em cirurgia de ambulatório

Critérios de inclusão em cirurgia de ambulatório

Com o propósito de alcançar os objetivos estabelecidos para o programa de Cirurgia de Ambulatório, torna-se imperioso recorrer a critérios de admissibilidade, que se dividem em critérios sociais e clínicos (AESOP, 2006; DGS, 2001).

▪ Critérios Sociais

Aceitação de ser operado nas condições oferecidas;

Transporte assegurado em veículo automóvel;

Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância adequada;

Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita;

Acesso a comunicação (telefone);

Assegura companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas;

▪ Critérios Clínicos

Idealmente ASA I ou ASA II. Pessoas com ASA III e IV podem ser candidatos a CA desde devidamente avaliada e otimizada a sua condição clínica.

Estabilidade clínica e psíquica;

Intervenção cirúrgica de curta duração (previsão ≤ 60 minutos)

Dor no pós-operatório é possível ser controlada com medicação por via oral.

Na abordagem anestésica, as técnicas utilizadas devem sempre ter em consideração a celeridade da alta, a necessidade de uma recuperação rápida do indivíduo, para que este regresse ao domicílio com condições de segurança.

Apêndice II – Instrumento de colheita de dados

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DADOS

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____

Contacto telefónico: _____/_____

(COLOCAR VINHETA IDENTIFICAÇÃO)

AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA

SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Reside: sozinho ☐ acompanhado ☐ Obs: _____

Existência de cuidador: sim ☐ não ☐ Obs: _____

Suporte social: Centro de Dia ☐ Apoio Domiciliário ☐ Outro ☐ _____

Condições habitacionais: prédio com elevador ☐ sem elevador ☐

Escadas: com corrimão ☐ sem corrimão ☐

Casa de banho: sim ☐ não ☐ banheira ☐ duche ☐


Obs: _____

CAPACIDADE FUNCIONAL

Avaliação das Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) Índice de Lawton	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	
	8	Independente	<input type="checkbox"/>
	9 - 20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda	<input type="checkbox"/>
	> 20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda	<input type="checkbox"/>
(Nota: Assinalar com ✕ o quadrado respetivo)			
Avaliação das Actividades Básicas de Vida Diária (ABDV) Índice de Barthel	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	
	90 - 100	Independente	<input type="checkbox"/>
	60 - 89	Ligeiramente dependente	<input type="checkbox"/>
	40 - 55	Moderadamente dependente	<input type="checkbox"/>
	20 - 30	Severamente dependente	<input type="checkbox"/>
	<20	Totalmente dependente	<input type="checkbox"/>
(Nota: Assinalar com ✕ o quadrado respetivo)			

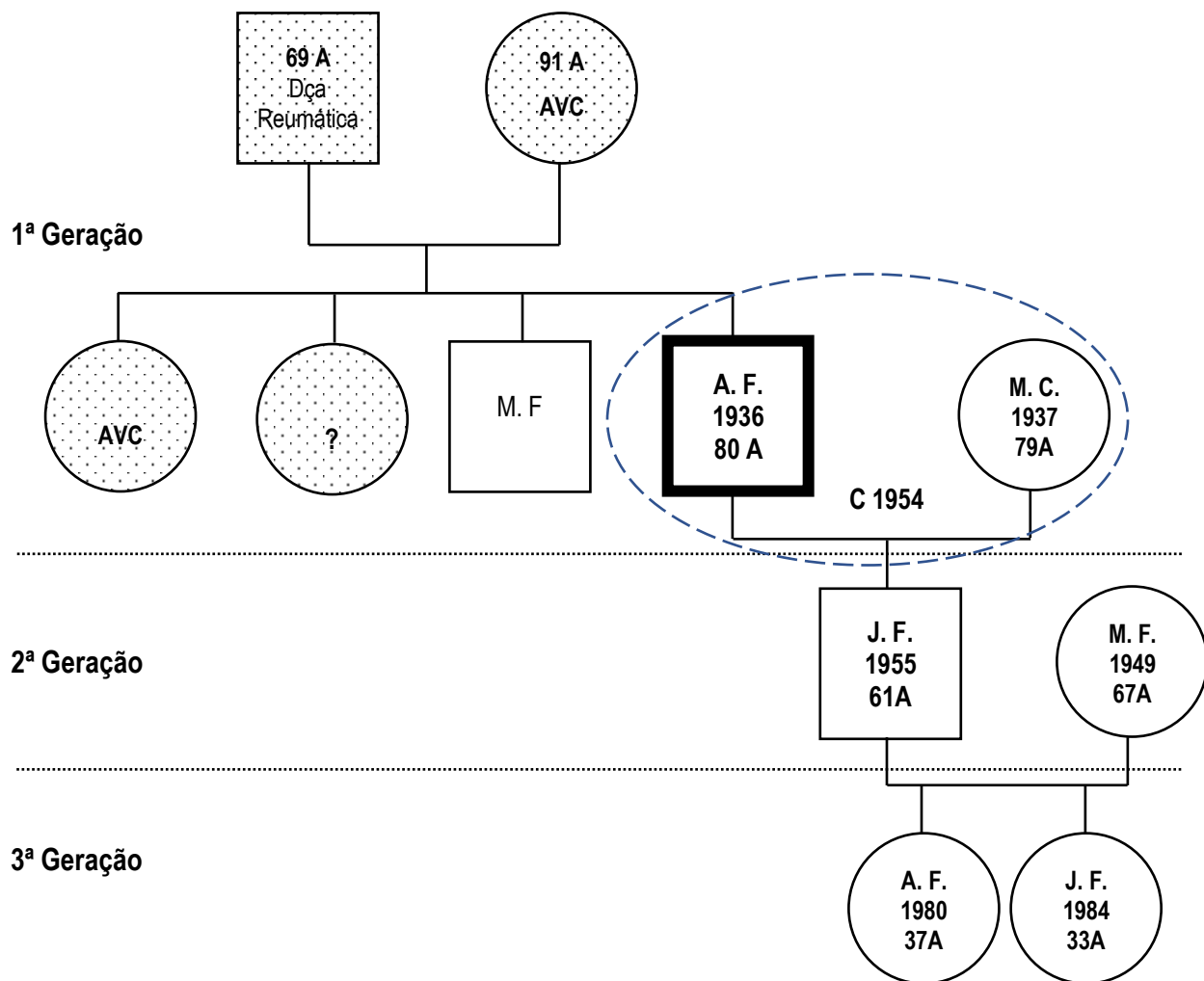
FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL

Avaliação Breve do Estado Mental <i>MiniMental State Examination</i> (MMSE)	ITENS	COTAÇÃO PARCIAL
	Orientação (0 a 10 Pontos)	
	Retenção (0 a 3 pontos)	
	Atenção e cálculo (0 a 5 Pontos)	
	Evocação (0 a 3 Pontos)	
	Linguagem (0 a 8 Pontos)	
	Habilidade construtiva (0 a 1 Ponto)	
	SCORE TOTAL (0 a 30 Pontos)	
Observa-se defeito cognitivo nos seguintes contextos: analfabetos ≤ 15 pontos; entre 1 e 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos; escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos		

		Obs: _____				
FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL	Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – versão curta YESAVAGE	PONTUAÇÃO		NÍVEL DE DEPENDÊNCIA		
		0 a 5		Normal	<input type="checkbox"/>	
		6 a 9		Depressão leve	<input type="checkbox"/>	
		> a 9		Depressão	<input type="checkbox"/>	
		Obs: _____				
COMUNICAÇÃO		Alterada	Não alterada	Prótese/Ortótese		
	Acuidade visual					
	Acuid. auditiva					
	Linguagem					
	Obs: _____					
DOR		Ausente	Presente	Avaliação (EVA)		
	Dor Aguda					
	Dor Crónica					
	Se aplicável utilizar o Inventário Resumido da Dor - BPI (em anexo)					
	Obs: _____					
QUEDAS	Avaliação Risco de Quedas Escala de Morse	Baixo Risco	<input type="checkbox"/>	Obs: _____ _____ _____		
		Médio Risco	<input type="checkbox"/>			
		Alto Risco	<input type="checkbox"/>			
	Marcha e Equilíbrio		Sim	Não	Marcha estável	Marcha instável
		Levantar da cadeira				
		Andar 3 metros				
		Voltar a sentar				
Obs: _____						
NUTRIÇÃO	Medidas antropométricas		Peso _____ kg	Altura _____ cm	IMC _____	
	Prótese dentária		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	Ausência de peças dentárias		
			sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
	Avaliação do Estado Nutricional MNA <i>Mini-Nutritional Assessment</i>	Pontuação da Triagem (máx. 14 pts)		Estado Nutricional		
		12 – 14 pontos		Normal <input type="checkbox"/>		
		8 – 11 pontos		Risco de desnutrição <input type="checkbox"/>		
		0 – 7 pontos		Desnutrido <input type="checkbox"/>		
	(Nota: Assinalar com x o quadrado respectivo)					
	Ingestão Alcoólica	Em caso afirmativo				
		Consumo diário	<input type="checkbox"/>	≤ 180ml/dia	<input type="checkbox"/>	> 180 ml/dia <input type="checkbox"/>
Consumo ocasional		<input type="checkbox"/>	≤ 540ml/ocasião	<input type="checkbox"/>	> 540ml/ocasião <input type="checkbox"/>	
(Nota: 180ml equivale a 1 bebida <i>standard</i>)						
MEDICAÇÃO	Gestão da medicação	O próprio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Especificar _____		
	Medicação habitual: _____				Nº _____	
	Reconciliação terapêutica		Antiagregantes: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Nº dias suspensão _____			

Apêndice III – Genograma e ecomapa

Genograma



Legenda



Pessoa estudada



Sexo masculino



Sexo feminino



Falecido masculino



Falecido feminino

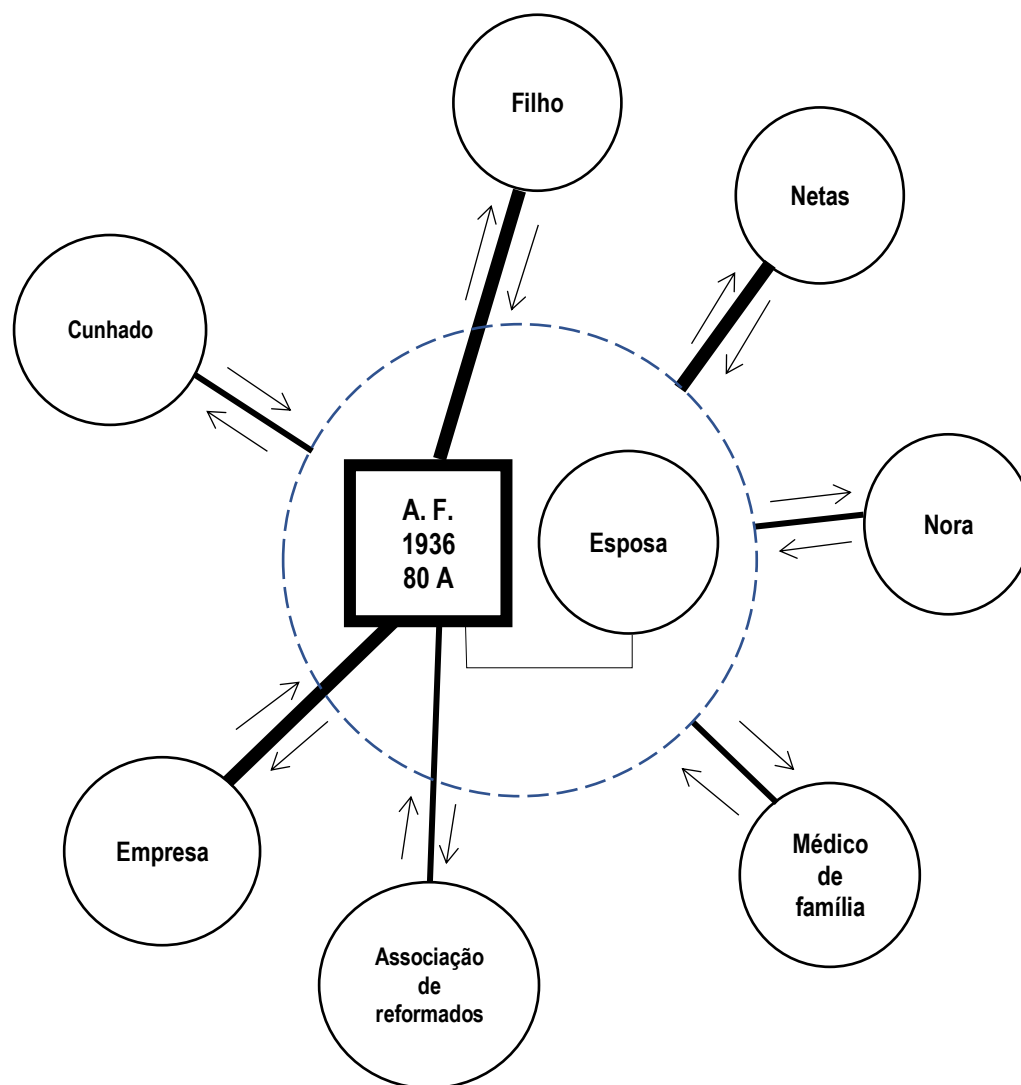
C

Casamento



Agregado familiar

Ecomapa



Legenda

- Relação forte**
- Relação moderada**
- Fluxo de energia**
- Agregado familiar**

Apêndice VII – Apresentação formato “*journal club*”

Modelo de Parceria

O percurso da Pessoa Idosa na Cirurgia de Ambulatório

Catarina Teixeira
Orientador Local Estágio: Enfª. Nilza Lima
Orientador: Professora Emília Brito

06/01/2017

7ºCurso de Mestrado Enfermagem
EMC - Vertente Pessoa Idosa

Modelo de Parceria

■ Consulta de Enfermagem (CE)

- Intervenção visa realização de uma **avaliação** e estabelece **plano de cuidados** de enfermagem → ajudar o indivíduo a atingir a capacidade máxima de **autocuidado** (Portaria nº 19 de 20 Janeiro de 2012).
- Estratégia na intervenção em saúde à pessoa idosa (PI) (Oliveira et al, 2012).

06/01/2017

7ºCurso de Mestrado Enfermagem
EMC - Vertente Pessoa Idosa

Modelo de Parceria

▪ Consulta de Enfermagem (CE)

- Eixos fundamentais (Silva & Santos, 2014):



06/01/2017

7º Curso de Mestrado Enfermagem
EMC – Vertente Pessoa Idosa

Modelo de Parceria

▪ Construção Processo de Parceria

- Segundo Gomes, 2009:

Cuidado de Si (próprio)

- Autonomia

Cuidado (Si) Outro

- Capacitação família/pessoa significativa

- Assegurar o Cuidado de Si:
 - contribui para cuidado mais centrado na PI
 - permite maior controlo sobre projecto de vida e de saúde
 - prosseguir a sua trajectória de vida

06/01/2017

7º Curso de Mestrado Enfermagem
EMC – Vertente Pessoa Idosa

Modelo de Parceria

- Acção de parceria entre o enfermeiro e a PI



promova o Cuidado de Si
ajude a centrar o cuidado na singularidade da pessoa



Modelo de Parceria

- **Revelar-se** (Fase 1)

Dar-se a conhecer à PI:

- Competências de comunicação;
- Afectividade;
- Escuta activa;
- Ambiente propício.

Conhecer a identidade da PI

- Identidade;
- Nome que gosta de ser tratado.

Conhecer o contexto de vida da PI

- Agregado familiar/pessoa referência/rede familiar;
- Condições habitacionais;

Conhecer a história da doença da PI

- Diagnóstico/referenciação
- Antecedentes pessoais
- Medicação habitual no domicílio

Modelo de Parceria

▪ **Envolver-se** (Fase 2)

Conhecer a singularidade Processo de Envelhecimento na PI

- Estado mental/funcional/afetivo/nutricional;
- Eliminação;
- Sono;
- Estado sensorial (visão, audição, medidas adaptativas).

Conhecimento mútuo dos recursos da unidade e da PI

- Socialização;
- Guia de acolhimento;
- Disponibilidade para PI e família/cuidador;
- Conhecer as expectativas da PI e família/cuidador.
- Conhecer o que a PI sabe sobre a cirurgia/dor/gestão regime terapêutico

Modelo de Parceria

▪ **Capacitar/Possibilitar** (Fase 3)

Partilhar o poder para construção da acção conjunta

Promover o Cuidado de Si (enfermeiro)

- Partilha conhecimento
- Demonstra/treina a PI
- Fornece folhetos
- Articulação com outros profissionais

Promover o Cuidado do Outro

- Partilha conhecimento com familiar cuidador
- Demonstra e treina familiar/cuidador

Modelo de Parceria

▪ Comprometer-se (Fase 4)

Suportar o compromisso com a PI

Enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e possibilitar o Cuidado de Si

- Valida as intervenções realizadas na promoção do Cuidado de Si
- Ajuda a PI a construir a capacidade de assumir ou assegurar o Cuidado de Si

Enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e possibilitar o Cuidado de Outro

- Valida as intervenções realizadas na promoção do Cuidado do Outro
- Ajuda o familiar/cuidador a construir a capacidade de assumir ou assegurar o Cuidado do Outro

Modelo de Parceria

▪ Assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro (Fase 5)

Assumir ou assegurar o cuidado de Si

- PI detém informação para tomada decisão no cuidado de Si
- PI consegue gerir a sua situação
- PI manifesta conforto e bem-estar

Assumir ou assegurar o cuidado do Outro

- Família/cuidador detém informação para tomada de decisão no cuidado do Outro (PI)
- Família/cuidador adquire capacidade para ajudar a cuidar da PI.

Modelo de Parceria

Referências bibliográficas

- Ávila, R. (2009). Idosos. A Enfermagem e os cuidados de proximidade. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Berger, L. & Malouk-Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas, uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.
- Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. (2016). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice, 8th ed. New York: Springer Publishing Company.
- Direção-Geral da Saúde (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança média de vida. Sociologia, problemas e práticas, 36 (2001) 39-52.
- Gomes, I. D. (2009). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Tese de Doutoramento. Instituto da Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). [Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia](#) - Dia Mundial da População 10 de julho de 2015. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Decréscimo e envelhecimento da população até 2050. Lisboa: INE.
- Lopes, M., Fernandes, M., Bécudo, M., Gomes, I., Henriques, A., Gândara, M., Oliveira, O. (2013). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Lisboa: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). [Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica](#). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIF_DIE_2010.pdf acedido em 08-11-2012

Apêndice VIII – Sessão de divulgação do projeto de estágio

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de Ambulatório

intervenção do enfermeiro especialista

Catarina Teixeira

Orientação: ProF^{ra}. Emília Brito



11/11/2016

ESEL - UC Estágio com Relatório

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Problemática

- ↑ índice de envelhecimento da população portuguesa 128 idosos por 100 jovens (CENSOS, 2011)
- ↑ vulnerabilidade face às dificuldades (Imagário, 2004).
- > risco de doença crónica e dependência (Sequeira, 2010).
- dependência funcional → necessidade do auxílio de terceiros → Atividades de vida diárias (Botelho, 2000).
- déficit de autocuidado Pessoa Idosa (PI) agente dependente de cuidado enfermeiro deve adequar sua intervenção para minimizar efeitos (Abreu, 2011)



11/11/2016

ESEL - UC Estágio com Relatório

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Problemática

- Cirurgia e pessoa idosa

As técnicas cirúrgicas, anestésicas e de monitorização actualmente disponíveis para o tratamento perioperatório dos idosos, além do benefício de acrescentar anos à vida, veem permitir uma melhoria significativa no seu potencial de funcionamento, bem como nos anos de vida que lhe restam. (AESOP, 2011)

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Problemática

- Intervenções de enfermagem → suporte todo processo de enfermagem (Abreu, 2011).



- Cirurgia momento transição



(Meleis et al., (2000))

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Problemática

- Cirurgia de ambulatório
- Consulta de enfermagem

Procedimento Multisectorial TRC. 135

O que distingue a PI?

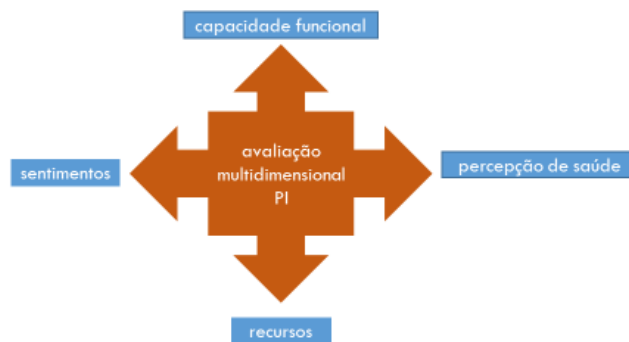
↓ reserva funcional
declínio geral na função orgânica

O que avaliar?

Cognição
Estado funcional
Nutrição
Fragilidade

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Problemática



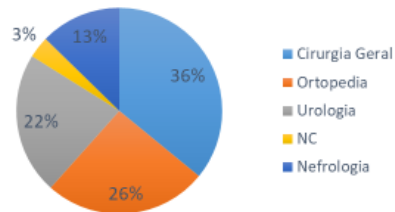
essencial para o enfermeiro, elaborar em **parceria**, um plano de cuidados **individualizado** e holístico.
(Faison, Faria & Frank, 2000; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Botelho, 2011)

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Casuística

- Clientes intervencionados com ≥ 65 anos
- Janeiro a Junho 2016 – UCA pólo HCC

	F	M	Total
Cirurgia Geral	46	70	116
Ortopedia	59	24	83
Urologia	27	45	72
NC	4	7	11
Nefrologia	24	17	41
Total	160	163	323



O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Finalidade

- Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família.

Objetivo geral

1. Desenvolver competências na área da prestação de cuidados à pessoa idosa e família em diversos contextos.
2. Implementar uma intervenção sistematizada junto da equipa de enfermagem, na consulta pré-operatória da pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatório.

Objetivo específico

Intervir junto da equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatório.

Atividades propostas

- ✓ Divulgação do projeto de estágio;
- ✓ Elaboração de questionário de levantamento de necessidades formativas;
- ✓ Realização de formação à equipa de enfermagem.

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Objetivo específico

2.2 - Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatório.

Atividades Propostas

- ✓ Elaboração em parceria com a equipa de enfermagem de um guia orientador para avaliação e intervenção na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatório.
- ✓ Implementação/Avaliação das intervenções de enfermagem.
- ✓ Auscultação da equipa de enfermagem acerca da mais valia do projeto e recolha de sugestões a desenvolver

O percurso da pessoa idosa na Cirurgia de ambulatório - intervenção do enfermeiro especialista -

Referências bibliográficas

- AESOP - *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 3.ª. ed. Lisboa: AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2013. 163 p. ISBN 978-989-20-3725-7.
 - Boitz, M.; Capozzi, E.; Fulmer, T.; Zwicker, D. (2016). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Springer Publishing Company: 5th Edition.
 - CNAIA (2006) - *Síntese executiva do relatório final elaborado pela Comissão Nacional para o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório*. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. ISBN 0874-8349. Vol. 9, n.º1 (Dezembro 2006), p. 13-21.
 - Collâtre, M. (1999). *Promover a vida. Lições - Edição técnica e científica dos enfermeiros portugueses*.
 - Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situations-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
 - SOUSA, P. - *O envelhecimento e o estado de saúde em Portugal: dados do Inquérito Nacional de Saúde 1996/99* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
 - Ruivo M., Ferrito C. & Nunes L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coleções descritiva de Etapas, Percursos* (5), 1-37.
 - Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editores.
- Documentos eletrónicos
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004) - *Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010: Volume I - Prioridades*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. http://www.dgsaude.mn-saude.pt/oa/media/psn_vol1.pdf
 - DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004) - *Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010: Volume II - Orientações estratégicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. http://www.dgsaude.mn-saude.pt/oa/media/psn_vol2.pdf
 - DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2006) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <http://www.dgsaude.mn/000847011.pdf>
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2006) - *A situação demográfica recente em Portugal*. Coimbra: Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. <http://www.inec.pt/inec2006.pdf>
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vascularização da integração nos cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/OTD_2010.pdf
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vascularização dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/OTD_2010.pdf

**Apêndice IX – Questionário de avaliação das necessidades formativas da equipa
de enfermagem**

QUESTIONÁRIO

No âmbito do 7º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa e da unidade curricular – estágio com relatório com o projecto subordinado ao tema “O percurso da Pessoa Idosa na Cirurgia de Ambulatório: intervenção do enfermeiro especialista”, venho solicitar a participação no preenchimento de um questionário dirigido à equipa de enfermagem.

Este aborda a temática do cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio.

A identificação pessoal não é requerida, pelo que, o anonimato do respondente será garantido.

O seu preenchimento demora cerca de 15 minutos.

Caracterização sociodemográfica

Idade: _____

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Experiência profissional (número de anos): _____

Categoria profissional:

Enfermeiro ☐ Enfermeiro principal ☐

Habilitações literárias/profissionais:

Licenciatura ☐ Pós-Licenciatura de Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Intervenção de enfermagem na promoção do cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio

1. Considera a avaliação das necessidades da pessoa idosa importante para a prática de cuidados de enfermagem?

Pouco 1 2 3 4 5 **Muito**

Porquê?

2. Na sua prática de cuidados, nomeadamente na consulta de enfermagem, costuma realizar a avaliação das necessidades da pessoa idosa?

Sempre ☐ Ocasionalmente ☐ Nunca ☐

Se sempre ou ocasionalmente,

2.1 Quando, de que forma e que dados procura recolher?

2.2 Modifica a sua intervenção se estiver perante uma pessoa idosa?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, em quê?

3. Conhece instrumentos de avaliação que poderão ser utilizados no percurso da pessoa idosa submetida a cirurgia em regime de ambulatório?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais?

4. Que dificuldades sente na avaliação da pessoa idosa?

5. De um modo geral, quais as intervenções de enfermagem que desenvolve para a promoção do cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia em regime ambulatorio?

Grata pela sua colaboração,

Catarina Teixeira

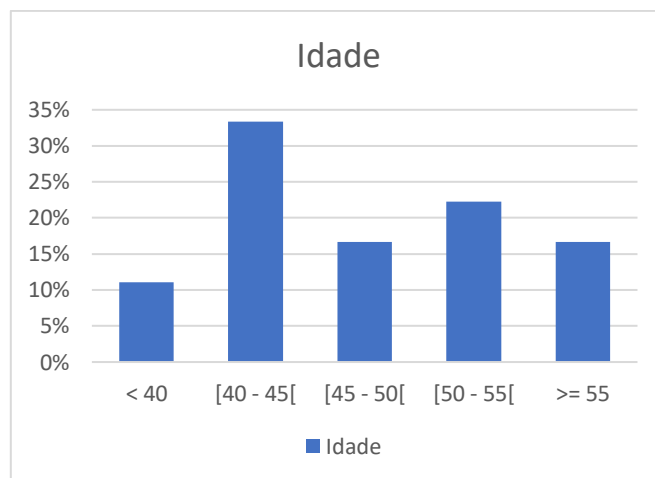
Apêndice X - Análise dos questionários aplicados à equipa de enfermagem

Análise dos questionários aplicados à equipa de enfermagem

1. Caracterização sociodemográfica

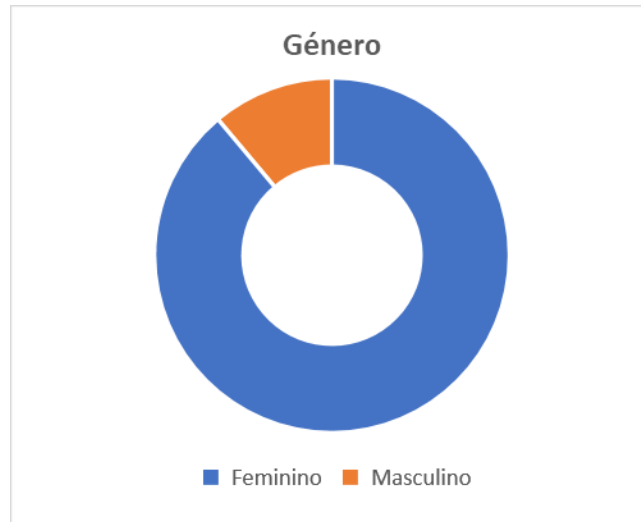
- Nº total de enfermeiros: 24
- Ausência por motivos de maternidade: 1
- Nº total de questionários preenchidos: 18
- Distribuição por idade

Idade	Nº Enfermeiros	%
< 40	2	11%
[40 - 45[	6	33%
[45 - 50[	3	17%
[50 - 55[	4	22%
>= 55	3	17%
Total	18	100%



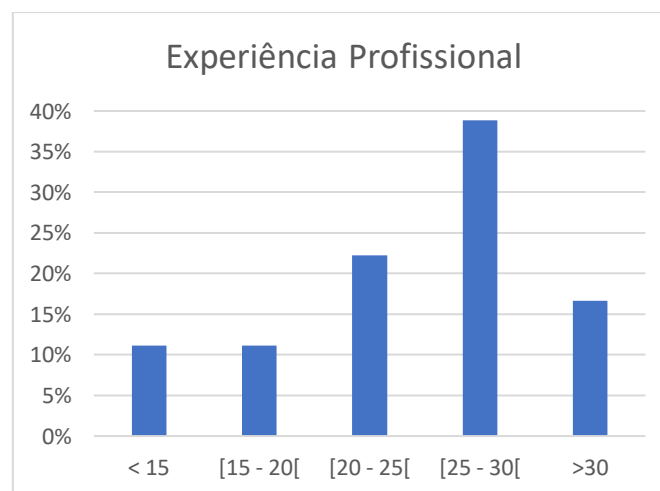
- Distribuição por género

Género	Nº de Enfermeiros	%
Feminino	16	89%
Masculino	2	11%
Total	18	100%

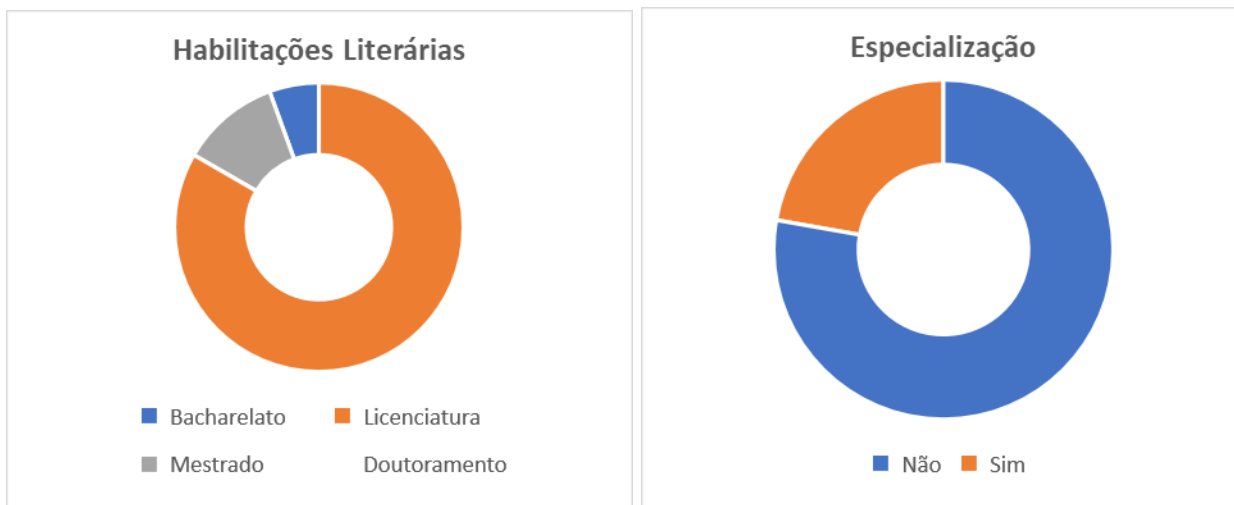


- Descrição da experiência profissional

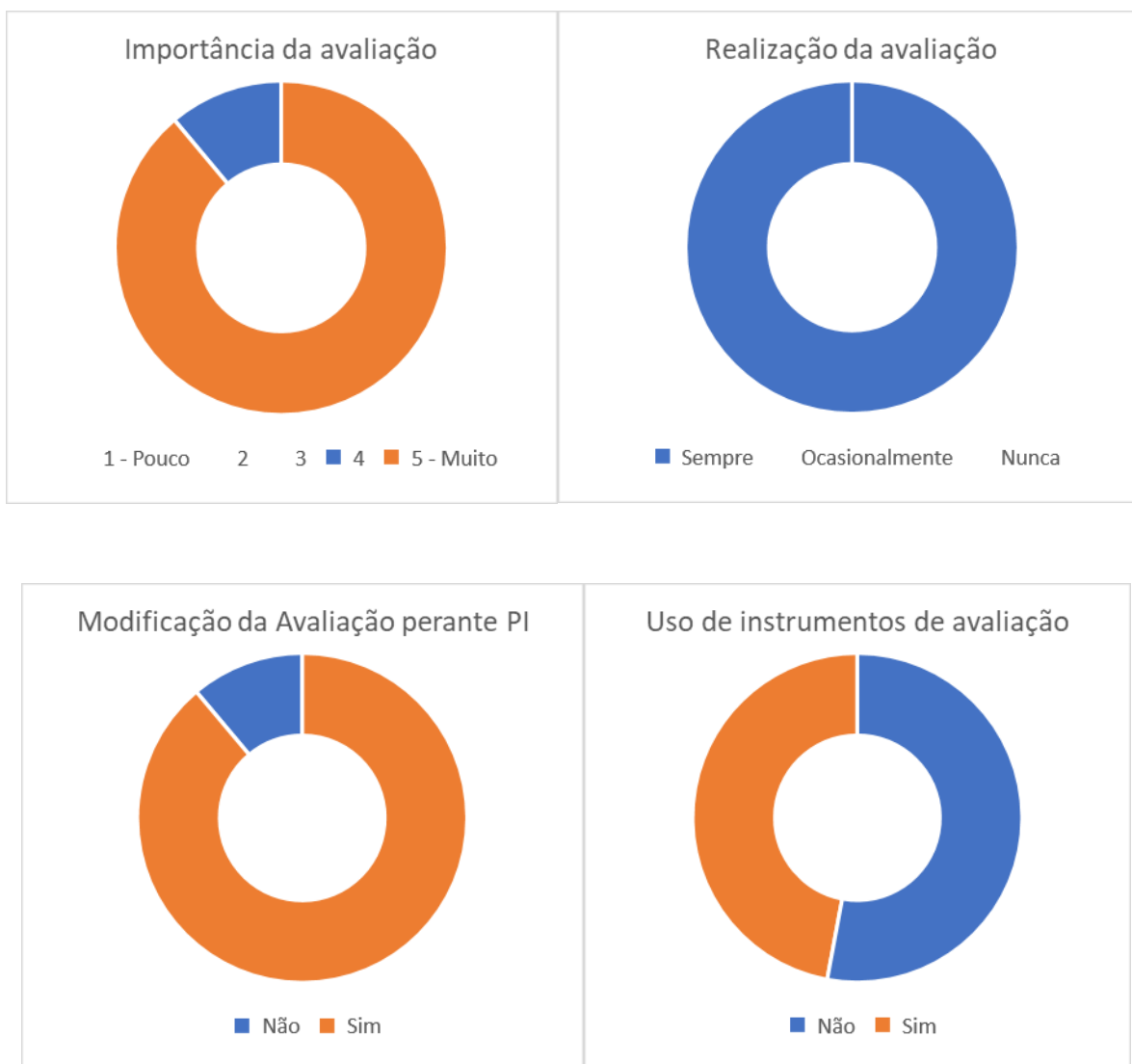
Anos de Experiência Profissional	Nº de Enfermeiros	%
< 15	2	11%
[15 - 20[	2	11%
[20 - 25[	4	22%
[25 - 30[	7	39%
>30	3	17%
Total	18	100%



▪ Descrição das habilitações literárias e profissionais



2. Análise estatística das respostas aos questionários



3. Intervenção de enfermagem à pessoa idosa e família em CA

Análise de conteúdo das respostas aos questionários

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Importância da avaliação	Identificação da pessoa idosa e antecedentes pessoais	“(…) importante conhecer o historial da pessoa idosa e patologias associadas.” (1UR)
	Identificação de necessidades e incapacidades	“(…) avaliação global das dificuldades físicas, psíquicas e sociais.” (3UR) “(…) capacidades físicas e cognitivas são diferentes (…).” (1UR) “Só avaliando as necessidades poderemos ter ações e verificar a sua eficácia consoante os problemas detetados (…).” (1UR)
	Individualização de cuidados	“(…) quanto melhor a avaliação das necessidades mais cuidada e detalhada a nossa atuação de enfermagem.” (1UR) “(…) para delinear os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades e especificidades da pessoa idosa.” (1UR) “(…) prestação de cuidados personalizada (…).”(1UR) “(…) tomando medidas direcionadas, personalizadas (…).” (1UR)
	Planeamento das intervenções	“É importante (…) escalas de avaliação geriátrica que auxiliem os cuidados de enfermagem (…).” (1UR)

		<p>“Adaptar a minha intervenção e cuidados (...) ser o mais eficaz possível na resposta que dou (...).” (1UR)</p> <p>“A intervenção (...) deve passar por um plano de cuidados que ajude e faça ultrapassar condicionantes físicos e cognitivos do idoso (...).” (1UR)</p> <p>“(...) implementar cuidados de enfermagem e intervenções que possam dar resposta à situação concreta (...) idoso.” (1UR)</p> <p>“Um plano de cuidados ajustado às necessidades da pessoa (...).” (1UR)</p>
	Prevenção de complicações	<p>“(...) sem uma boa avaliação a prática de cuidados de enfermagem não é segura para o doente.” (1UR)</p> <p>“(...) garantir pós-operatório sem intercorrências.” (1UR)</p> <p>“(...) respeitar os critérios da CA (...).” (1UR)</p>
Modo de avaliação	Entrevista informal à pessoa idosa e família	<p>“(.) entrevista, seguindo o guião da consulta de enfermagem (...).” (2UR)</p> <p>“Questionando (...).” (1UR)</p> <p>“(...) colocando questões (...).” (1UR)</p> <p>“(...) diálogo com o doente (...).” (1UR)</p> <p>“(...) envolver o cuidador (...).” (1UR)</p> <p>“(...) através da comunicação (...).” (1UR)</p>
	Observação direta	<p>“(...) a observação da pessoa (...).” (1UR)</p> <p>“(...) observação direta (...) postura, facies, linguagem.” (1UR)</p>

	Utilização de instrumentos	Sem referências.
Momento de avaliação	Consulta Pré-operatória de Enfermagem	“(…) colheita de dados na consulta de enfermagem (…).” (1UR) “Durante a consulta (…).” (2UR) “(…) no momento da consulta de enfermagem.” (1UR) “Na consulta de enfermagem (…).” (2UR)
	Outros momentos	“(…) período perioperatório.” (1UR) “Desde a consulta até ao momento da alta (…).” (1UR)
Colheita de dados	Situação socio-demográfica	“(…) com quem habita.” (1UR) “(…) apoio familiar (…).” (2UR) “(…) recursos económicos, (…).” (1UR) “(…) condições habitacionais (…).” (2UR) “(…) dimensão sociofamiliar.” (1UR) “(…) limitações sociais.” (2UR) “(…) competência do cuidador.” (2UR) “(…) necessidades a nível social e familiar (…).” (1UR)
	Capacidade funcional	“(…) grau de dependência (…).” (3UR) “(…) dificuldades de mobilidade (…).” (2UR) “(…) condição física (…).” (1UR) “(…) faculdades físicas (…).” (1UR) “(…) incapacidades e/ou fragilidades (…).” (1UR) “(…) às atividades de vida diária.” (1UR) “(…) eliminação/incontinência, (…).” (1UR)

	Função cognitiva e estado emocional	<p>“(…) se sabe ler (…).” (1UR)</p> <p>“(…) grau de compreensão (…).” (4UR)</p> <p>“(…) limitações psíquicas (…).” (1UR)</p> <p>“(…) perfil psicológico (…).” (1UR)</p> <p>“(…) necessidades psicológicas (…).” (2UR)</p> <p>“(…) estado emocional e psicológico (…).” (1UR)</p> <p>“(…) dimensão cognitiva (…).” (1UR)</p> <p>“(…) falar de acordo com a sua percepção (…).” (1UR)</p>
	Comunicação	<p>“(…) problemas de audição (…).” (1UR)</p> <p>“(…) uso de próteses (…).” (1UR)</p> <p>“(…) presença de próteses (dentárias e auditivas), ortóteses,(…).” (1UR)</p>
	Quedas	Sem referências.
	Medicação	“(…) medicação que faz (…), alergias a medicamentos ou alimentos,(…).” (1UR)
	Nutrição	Sem referências.
	Dor	Sem referências.
	Comorbilidades	<p>“(…) comorbilidades associadas.” (1UR)</p> <p>“(…) doenças concomitantes, (…).” (1UR)</p> <p>“(…) fragilidades de saúde (…).” (1UR)</p>
	Condições ambientais	Sem referências.
	Adaptação do	<p>“(…) falar mais alto (…).” (3UR)</p> <p>“(…) falar pausadamente (…).” (2UR)</p>

Modificação na intervenção perante a pessoa idosa	discurso	<p>“Ajustando a comunicação verbal (...).” (2UR)</p> <p>“Ajustar a linguagem (...).” (2UR)</p> <p>“(…) fornecer explicações objetivas e claras (...).” (1UR)</p> <p>“(…) tento perceber o grau de interpretação do idoso (...).” (2UR)</p> <p>“Adequação à pessoa idosa do ponto de vista cognitivo (...).” (1UR)</p> <p>“(…) não dar excesso de informação (...).” (1UR)</p> <p>“(…) repetir as vezes necessárias (...).” (2UR)</p>
	Adaptação da informação escrita	<p>“(…) disponibilizar informação escrita.” (3UR)</p> <p>“(…) escrever todos os passos importantes e sublinhar (...).” (1UR)</p>
	Uso da técnica <i>teach-back</i>	Sem referências.
	Tempo e disponibilidade	<p>“(…) mostro disponibilidade (...).” (1UR)</p> <p>“(…) ajustar tempo e disponibilidade às capacidades de compreensão (...).” (1UR)</p> <p>“(…) tentando sempre que a pessoa idosa exponha as sua dúvidas (...) e que estou sempre disponível (...).” (1UR)</p>
	Envolvimento da família	<p>“Garantir que a pessoa significativa entende o ensino, (...).” (1UR)</p> <p>“Pedir apoio ao cuidador/família (...).” (1UR)</p> <p>“(…) implicação do cuidador (...).” (1UR)</p> <p>“(…) realizar ensino ao utente e família (...).” (2UR)</p>

		“(…) envolvendo mais o cuidador (…).” (1UR)
Utilização de instrumentos de avaliação	Quais os instrumentos que conhece	<p>“(…) não sei em pormenor as escalas/instrumentos de avaliação.” (1UR)</p> <p>“Barthel, Katz (…) será que podem ser aplicados e interligados com os critérios de CA.” (1UR)</p> <p>“Já ouvi falar em ações de formação.” (1UR)</p> <p>“Escala de avaliação da dor, escala de Braden e escala de Morse.” (1UR)</p> <p>“Escala de Barthel, Katz (…).” (1UR)</p> <p>“Escala de Lawton e Brody, Mini-Mental State, marcha de Holden, escala de Yesavage, Mini Nutritional Assessment, Escala de Gijon.” (1UR)</p> <p>“Conheço mas não as pratico (…).” (1UR)</p>
Dificuldades na avaliação	Características da pessoa idosa	<p>“(…) dificuldades de comunicação e compreensão da pessoa idosa.” (3UR)</p> <p>“(…) quando a pessoa não consegue transmitir a informação.” (2UR)</p> <p>“(…) idoso tem dificuldade em verbalizar dúvidas, ansiedades e inquietações (…).” (1UR)</p>
	Ausência dos familiares	<p>“Falta de acompanhante.” (1UR)</p> <p>“Quando o idoso vem sozinho (…).” (1UR)</p>
	Ausência de escalas de avaliação	“Falta de instrumentos de avaliação (…).” (2UR)
	Gestão do tempo	“Falta de tempo (…).” (1UR)

	Condições ambientais	“(…) ambiente adequado.” (1UR)
Intervenções de enfermagem	Estratégias educativas	<p>“(…) escrever se necessário, falar mais alto, fazer desenhos.” (1UR)</p> <p>“(…) adequar a linguagem às necessidades do utente (…).” (1UR)</p> <p>“Direciono o ensino específico para as limitações, se as houver.” (1UR)</p> <p>“Dar informação por escrito e verbal (…).” (1UR)</p> <p>“(…) ensino eficaz garantindo que foi percebido (…).” (1UR)</p> <p>“(…) validar consentimentos e ensinios (…).” (1UR)</p> <p>“Adequar o ensino ao utente (…).” (1UR)</p> <p>“Comunicação adequada, ensino e validação (…).” (1UR)</p> <p>“(…) linguagem sem termos técnicos, falar de frente para o doente (…).” (1UR)</p> <p>“Validar se a informação foi compreendida (…).” (2UR)</p>
	Promoção da independência	<p>“(…) estimular o autocuidado (…).” (1UR)</p> <p>“(…) dotar o utente de conhecimentos (...) colaborar no processo de reabilitação (…).” (1UR)</p> <p>“Promovo o autocuidado (…).” (1UR)</p> <p>“Tento não substituir o utente idoso naquilo que ele pode fazer.” (1UR)</p>
	Prevenção de complicações	“(…) alterações potenciais e reais, sofridas pelo idoso após a cirurgia (medicação, mobilidade,

		<p>alterações nas AVD e cuidados pós-operatórios).” (1UR)</p> <p>“(…) enfatizar o que é importante, pensos, medicação (…).” (1UR)</p>
	Envolvimento da família	<p>“(…) incentivo cuidador a não substituir o utente idoso.” (1UR)</p> <p>“Nos ensinios, certificar-me que o utente está acompanhado.” (1UR)</p> <p>“Envolvimento da família (…).” (1UR)</p> <p>“Envolvimento do cuidador.” (1UR)</p> <p>“Assegurar presença de acompanhante.” (2UR)</p> <p>“(…) solicitar contacto telefónico do familiar (…).” (1UR)</p>
	Transferência de cuidados para o domicílio	<p>“(…) entrega de todos os documentos.” (1UR)</p> <p>“Validar apoios.” (1UR)</p> <p>“(…) perceber se pessoa idosa está com dificuldades na apreensão dos cuidados a manter no domicílio.” (1UR)</p> <p>“(…) ensino foi eficaz para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio.” (1UR)</p> <p>“(…) contactar a assistente social.” (1UR)</p> <p>“Ensino desde a consulta até à alta e follow-up.” (1UR)</p>

Apêndice XI – Plano da sessão de formação à equipa de enfermagem

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: O percurso da pessoa idosa na cirurgia de ambulatório: intervenção de enfermagem

Local: Sala polivalente de reuniões UCA **Data:** 09/12/2016 **Hora:** 9 h

Objectivo geral: Promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na avaliação e intervenção sistematizada à pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório

Objectivos específicos:

- Sensibilizar para a importância da avaliação e intervenção sistematizada
- Divulgar os resultados dos questionários de necessidades formativas
- Descrever os objetivos da avaliação e intervenção sistematizada
- Apresentar o instrumento de colheita de dados para avaliação multidimensional da pessoa idosa
- Promover o envolvimento da equipa na aplicação do instrumento de colheita de dados

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
1. Introdução <ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do formador▪ Apresentação dos objetivos da formação	Expositivo	Projektor multimédia Computador (apresentação em <i>PowerPoint</i>)	5 m	Catarina Teixeira
2. Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none">▪ Contextualizar a problemática em estudo▪ Divulgar a análise dos questionários▪ Apresentar o instrumento de colheita de dados e a operacionalização da sua implementação▪ Auscultar a equipa sobre sugestões a introduzir no instrumento▪ Apresentar o dossiê temático	Expositivo/ Participativo	Projektor multimédia Computador (apresentação em <i>PowerPoint</i>) Instrumento de avaliação	30 m	Catarina Teixeira
3. Conclusão <ul style="list-style-type: none">▪ Síntese da sessão▪ Esclarecimento de dúvidas▪ Avaliação da sessão de formação	Expositivo/ Participativo	Projektor multimédia Computador (apresentação em <i>PowerPoint</i>) Questionário de avaliação	15 m	Catarina Teixeira

Apêndice XII – Sessão de formação à equipa de enfermagem



Catarina Teixeira
Orientação — Profª. Emília Brito
Orientação local estágio — Enfª. Nilza Lima

O PERCURSO DA PESSOA IDOSA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório



O Percurso da Pessoa Idosa na Cirurgia de Ambulatório – Intervenção de Enfermagem

problemática

Ageing and Health #yearsahead

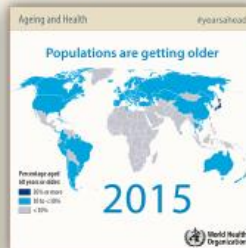
People live on average 20 years longer than 50 years ago

60 years



09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório





09-12-2016

7^oCMEEEMC-PI Estágio com Relatório

Objectivos da Avaliação e Intervenção



(Boitz et al., 2016)

09-12-2016

7^oCMEEEMC-PI Estágio com Relatório

**RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS:
O QUE DIZ A EQUIPA**



Avaliação da Pessoa Idosa/Família submetida a cirurgia em contexto ambulatório

Importância da avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • 89% (Muito importante) • 11% (Importante)
Realização da avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • 100% (Sempre)
Modificação na avaliação perante Pessoa Idosa	<ul style="list-style-type: none"> • 89% (Sim) • 11% (Não)
Instrumentos de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • 44% (Sim) • 50% (Não)

dificuldades na avaliação

09.12.2016

7^oCMEEHC-PI Estágio com Relatório

FLUXOGRAMA



09.12.2016

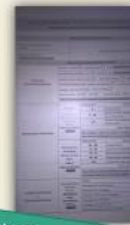
7^oCMEEHC-PI Estágio com Relatório

O Percurso da Pessoa Idosa na Cirurgia de Ambulatório – Intervenção de Enfermagem

ETAPA – Consulta de Enfermagem

- Informar a PI e família
- Promover atividades educativas, orientações e treino
- Identificar e gerir necessidades e expectativas
- Avaliação Multidimensional (ABVD e AIVD)
- Fornecer informação escrita
- Envolver a família

Instrumento coleta
dados



Orientações para preenchimento

GUIDELINES

- Avaliar a capacidade cognitiva e de antevisão da cirurgia
- Desplatar sintomas sugestivos de depressão
- Identificar o risco de desenvolvimento de delírio pós-operatório
- Desplatar o consumo de álcool e outras substâncias de abuso/dependência
- Documentar a capacidade funcional e história de quedas
- Determinar o risco de fragilidade
- Avaliar o estado nutricional
- Registrar a terapêutica habitual
- Conhecer as expectativas da PI e família face à intervenção cirúrgica e quais os resultados esperados
- Conhecer o suporte familiar e social da PI
- Desenvolver um plano de intervenção centrado na PI e família

REFERÊNCIA/PROCEDIMENTO MULTISECTORIAL

- (ACS-NSQIP and AGS, 2012), (Chow et al., 2012)
- TRC.119, 121, 123, 135, 160, 1139
- MED. 112, 114, 1133
- SDO. 104, 115
- GRI. 103, 105

09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório

O Percurso da Pessoa Idosa na Cirurgia de Ambulatório – Intervenção de Enfermagem

ETAPA – Dia da Cirurgia

- Acolhimento à PI e família
- Identificação e validação das orientações
- Consentimento informado
- Preparação física

GUIDELINES

- Verificar pelo menos dois dados biográficos da PI (p.ex: nome e data de nascimento)
- Desplatar alergias e/ou intolerâncias medicamentosas ou alimentares
- Confirmar procedimento e lateralidade
- Proceder à reconciliação terapêutica

REFERÊNCIA/PROCEDIMENTO MULTISECTORIAL

- (TJC, 2013), (AGS, 2012)
- MED. 111
- SDO. 103, 115
- TRC. 104, 160, 1139
- GRI. 105

09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório



ETAPA – Sala Operatória

- Garantir segurança nos procedimentos e técnicas:
- I. Ambiente físico
- II. Posicionamento
- III. Administração de fármacos
- IV. Monitorização do risco

GUIDELINES

- Implementar consistentemente o protocolo TIME OUT
- Antibioterapia profilática dentro dos 60 minutos que precedem a incisão cirúrgica se indicado
- Garantir segurança na administração de fármacos (rotulagem)
- Implementar as orientações do PPCIRA sobre controlo da infeção (p.ex: gerir a temperatura corporal da PI - sistema de aquecimento)

REFERÊNCIA/PROCEDIMENTO MULTISECTORIAL

- (PPCIRA, 2015), (TJC, 2015), (ASHP, 2013), (ASPAN)
- SDO: 104, 108, 109, 111, 118, 120
- MED: 107, 111
- TRC: 1055, 111
- CIH: 101, 102, 123,
- CIRA: 111, 112, 120, 124



09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório

ETAPA – Recobro

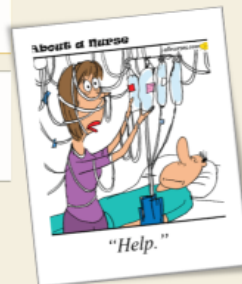
- Garantir segurança na transferência
- Monitorização hemodinâmica
- Avaliação, registo da dor e intervenção terapêutica
- Promover conforto e segurança
- Recolocar próteses e ortóteses
- Fornecer informação adequada à PI e família
- Reavaliar ABVD e AIVD

GUIDELINES

- Avaliar e registar a dor e respetiva intervenção (farmacológica e não farmacológica)
- Manter directivas PPCIRA (aquecimento, monitorização da glicose capilar quando necessário)
- Aplicar recomendações de profilaxia do tromboembolismo venoso quando necessário
- Orientação à PI e família sobre cuidados à ferida cirúrgica (proteção com penso durante 48h)
- Aplicar método teach-back nos momentos de educação/informação

REFERÊNCIA/PROCEDIMENTO MULTISECTORIAL

- (AGS, 2012), (AORN, 2006), (ASPAN)
- SDO: 115, SDO: 104
- MED: 112, 114, 1133
- TRC: 1055, 135
- GRI: 105
- ALT: 1038



09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório

ETAPA – Follow Up

- Esclarecimento de dúvidas
- Reforço das orientações
- Despiste de complicações
- Reavaliar ABVD e AIVD
- Avaliar recuperação funcional
- Encaminhar para CSP se necessário

GUIDELINES

- Melhorar as competências de comunicação junto da equipa
- Fornecer à PI e família informação concisa e adequada
- Avaliar o plano de intervenção centrado na PI e família, reorientar se necessário

REFERÊNCIA/PROCEDIMENTO MULTISECTORIAL

- (AHRQ), (AGS, 2012)
- TRC. 119, 135, 160
- GRI. 103
- AES. 103



09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório



09-12-2016

7ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório



09-12-2016

7^ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, T. (2009). Idosos. A Enfermagem e os cuidados de proximidade. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade do Porto-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Bertin, L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bonner, P. (2002). De Iniciado a Porto: Exatidão e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarta Editora.
- Burger, L. & Watson-Peterson, D. (2005). Pessoas idosas, uma abordagem global. Lisboa: Lusitânia.
- Brito, M., Capozzi, E., Palmer, T., Zuckerman, D. (2005). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice, 3rd ed. New York: Springer Publishing Company.
- Cabrita, D. D. (2009). O idoso, a doença e o hospital: O impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas. Lisboa: Lusitânia.
- Colares, M. P. (2009). Promover a Vida - de prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel.
- Colares, M. P. (2009). Cuidar... Aprender a arte da vida. Lisboa: Lusitânia.
- Direção-Geral de Saúde (2005). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Engelke, Z., Schulz, T. (2005). Patient education: teaching the older adult. CINAHL Nursing Guide.
- Ferreira, A. (2006). Velhos, solidão e solidão: família e política social: itinerário da pessoa em torno do aumento da esperança média de vida. Sociologia, problemas e práticas, 56 (2002) 39-50.
- Ferreira, M. P., Côté, J. & Pilon, P. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa: Lusitânia.
- Gilbert, S. De Oliveira, et al (2015). Older Adult and Unanticipated Hospital Admission within 30 Days of Ambulatory Surgery: An Analysis of 35,870 Ambulatory Surgical Procedures. Journal of the American Geriatrics Society, 63, 8. DOI: 10.1111/jgs.13237
- Gomes, I. D. (2009). Cuidado de si: Análise de percurso entre o enfermo e o doente idoso no domicílio. (Tese de doutoramento). Disponível no RCUAP.
- Ignatavicius, D. & Womman, M. L. (2005). Medical-surgical nursing: patient-centred collaborative care (9th ed.). Missouri: Saunders.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia - Da Mundial da População ao de julho de 2009. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). O envelhecimento da população até 2025. Lisboa: INE.
- Lopes, M., Ferreira, M., Bruto, M., Gomes, I., Henriques, A., Oliveira, M., Oliveira, O. (2015). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Lisboa: Lusitânia.
- Michel, M. (2005). Geriatric nurse's selection of patient preoperative information. Journal of Clinical Nursing, 16, 129-137. DOI: 10.1111/jcn.12275
- Miles, A. I. (2005). Translational theory middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Miles, A. I. (2005). Theoretical Nursing: development and progress. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Serviço comunitário e garantido qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/OT_DE_2005.pdf acessado em 03-10-2012
- Rizzo, M., Ferris, C. & Nunes, L. (2005). Metodologia de Projeto: Coleção de Estudos de Caso. Porto: 161.
- Silva, C. (2005). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarta Editora.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2005). Enfermagem e família: guia para avaliação e intervenção na família (5^ª ed.). São Paulo: Roca.

09-12-2016

7^ªCMEEMC-PI Estágio com Relatório

Apêndice XIII – Avaliação da sessão de formação à equipa de enfermagem

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área / Unidade / Especialidade: _____

Tema: _____

Ação tipo: Atualização ____ Aprendizagem ____ Duração: _____ Data: ____/____/____

Formador(es): A _____ B _____ C _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

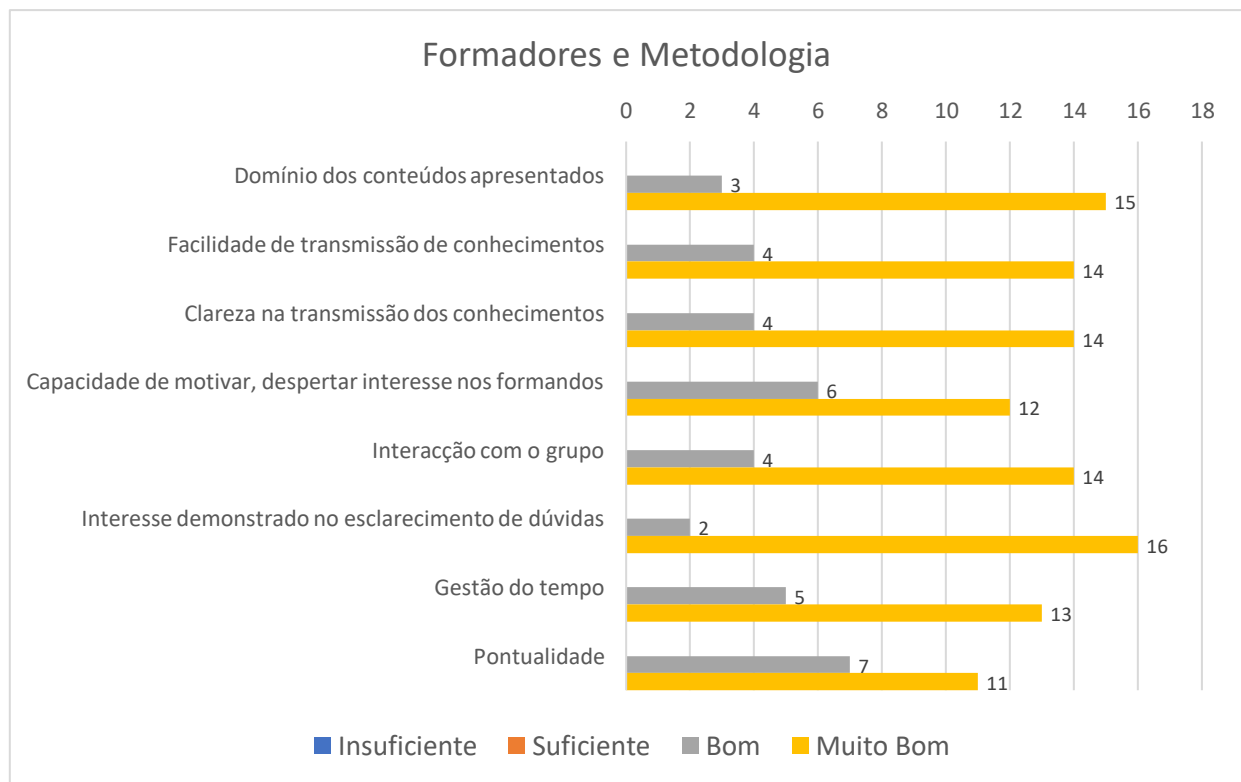
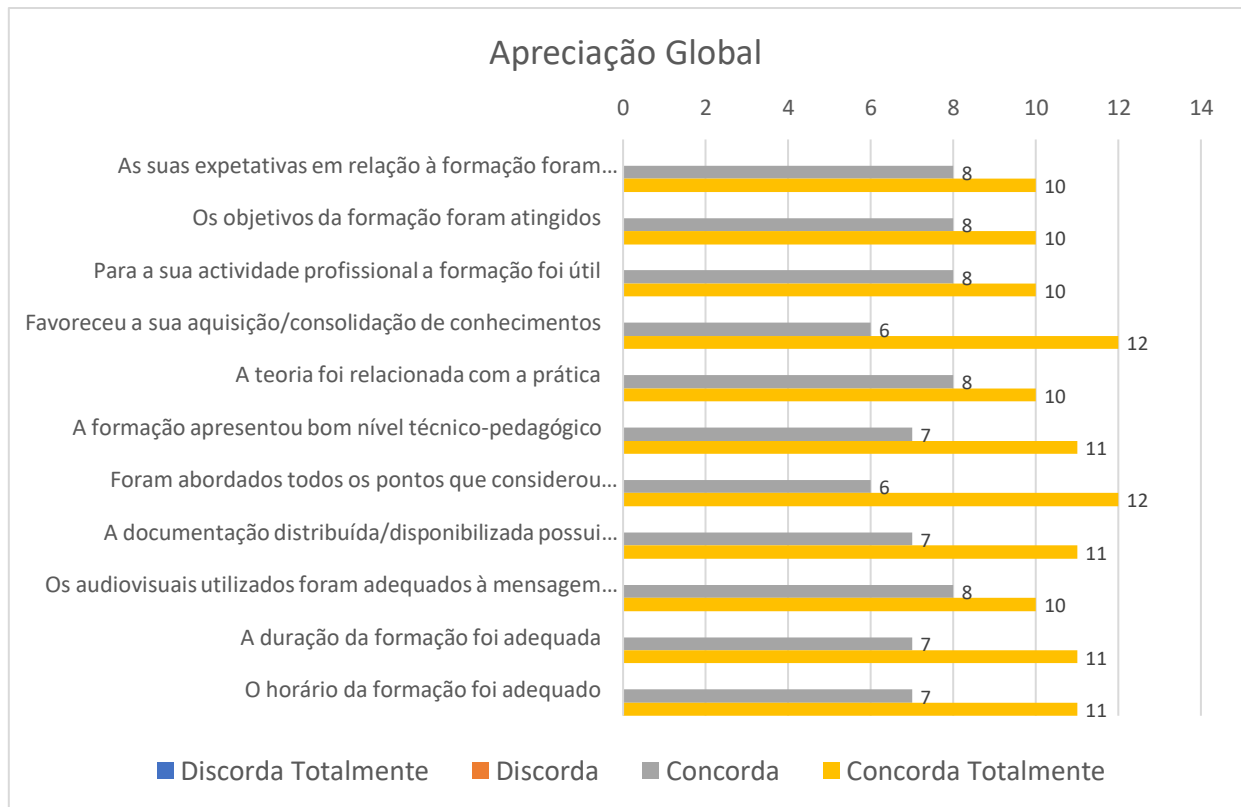
APRECIAÇÃO GLOBAL	DISCORDA TOTAL- MENTE	DISCORDA	CONCORDA	CONCORDA TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala: 1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interacção com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA			

Obrigado pela sua colaboração.

Avaliação da sessão de formação



**Apêndice XIV – Guia orientador de avaliação e intervenção de enfermagem à
pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatório**

Avaliação e intervenção de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatorio

▪ Guia Orientador

Elaborado por: Catarina Teixeira	Revisto por:	Aprovado por:
Data:	Data:	Data:

Destinatários

Enfermeiros da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Objetivo

Este guião tem como objetivo divulgar recomendações fundamentadas que permitam promover a uniformização e sistematização da intervenção de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatorio, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Critérios de inclusão

Destina-se a todos os indivíduos com 65 ou mais anos, considerados “APTOS” para admissibilidade ao programa de cirurgia ambulatória do hospital de referência da unidade.

Fundamentação

Em Portugal, actualmente, a população idosa representa 20,7% do número total de habitantes (INE, 2015). O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade.

Nas duas últimas décadas assistimos a um aumento substancial dos procedimentos cirúrgicos nas pessoas idosas, é esperado que pelo menos metade dos indivíduos com 65 ou mais anos irão ser submetidos a qualquer tipo de intervenção cirúrgica durante o tempo de vida que lhe resta. A literatura demonstra que a mortalidade e a morbilidade perioperatória associada a este grupo etário, bem como, a taxa de sobrevida no período pós-operatório são cada vez menos factores inibidores para se intervir (Boltz et al., 2016; De Oliveira et al., 2015). É comum verificar-se melhoria substancial do estado funcional e da qualidade de vida do idoso após uma cirurgia.

Com muitas vantagens, a cirurgia de ambulatório (CA) é descrita como estando associada a benefícios económicos em termos de qualidade e eficiência, mas também a benefícios para os clientes, nomeadamente uma rápida recuperação e uma reduzida permanência em meio hospitalar, o que coloca novos desafios aos cuidados de enfermagem (Mitchell, 2010; Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012). A evidência científica suporta que um maior ênfase deverá ser dado ao desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, educação e informação (Mitchell, 2010; Hamström et al., 2012; Mitchell, 2014). Cuidar da pessoa idosa na CA implica uma prestação

de cuidados complexa, uma vez que o avançar da idade implica um maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior risco de dependência, a que se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010).

A intervenção de enfermagem junto das pessoas idosas durante a trajetória perioperatória, deve ser precisa na avaliação e na gestão das necessidades específicas desta população. Se as vulnerabilidades ou os riscos não puderem ser reduzidos, devem pelo menos ser identificados de forma a que possam ser prestados os melhores cuidados que permitam retornar ao estado basal pré-operatório, após o processo cirúrgico (Oster & Oster, 2015; Malley, Kenner, Kim & Blakeney, 2015; Boltz et al., 2016).

O procedimento multissetorial em vigor na instituição hospitalar onde a UCA se insere, caracteriza a consulta de enfermagem (CE) em CA como um elemento essencial da prestação de cuidados ao cliente e que a mesma permite informar, identificar e responder às expectativas e necessidades, melhorando o conforto e a segurança. Contudo, não existe qualquer diferenciação na avaliação pré-operatória dos clientes com idade igual ou superior a 65 anos. Analisando as etapas do percurso do cliente da UCA, que constam do referido procedimento, também constatamos que não está contemplada nenhum tipo de abordagem perioperatória com enfoque na pessoa idosa.

No âmbito da CE, a avaliação multidimensional da pessoa idosa assume a sua maior expressão e pertinência. Intervir na fase pré-operatória através da utilização da avaliação multidimensional permite identificar e modificar síndromes geriátricas e comorbilidades (Partridge, Harari, Martin & Dhesi, 2014). Assume-se como um instrumento ao dispor dos profissionais de enfermagem para identificar, documentar e comunicar fatores de risco e vulnerabilidades da pessoa idosa (Malley et al., 2015).

A pessoa idosa em CA deve ser olhada face às suas vivências, necessidades específicas, capacidades e limitações, em que a abordagem perioperatória permita uma individualização dos cuidados de forma a estabelecer prioridades de intervenção centradas nos seus objetivos e expectativas.

Recomendações para a prática de cuidados

A conceção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, constituem um elemento estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Também a CNADCA (2008), realça a importância da existência de protocolos como medidas geradoras de maior segurança para pessoa idosa e família, garantindo a continuidade de cuidados, permitindo o esclarecimento dúvidas e a expressão de opiniões sobre o processo cirúrgico. Perante o processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deverá incorporar os resultados da investigação na sua prática (OE, 2001).

A prestação de cuidados de enfermagem deverá contemplar a identificação dos problemas da pessoa idosa e família, a colheita de dados, a formulação do diagnóstico de enfermagem, a adequada elaboração de planos para a prestação de cuidados de enfermagem, a avaliação e a reformulação das intervenções sempre que necessário (OE, 2001).

Implementação de um programa de intervenção dirigido à pessoa idosa e família

A prática clínica em contexto de CA tendo como foco a pessoa idosa e família, requer a implementação de um programa que permita estabelecer um plano de cuidados individualizado de forma a responder às necessidades específicas desta população (Nelson & Carrington, 2011; Malley, et al., 2015; Oster & Oster, 2015; Porras-González, et al., 2015; Yeh, et al., 2017; Samuelsson, et al., 2018).

Constituem focos de relevante intervenção:

- Consulta Enfermagem pré-operatória

Onde se irá concretizar a avaliação, na qual o enfermeiro perioperatório deverá obter toda a informação relacionada com o cliente, de forma a estabelecer um perfil, identificar fatores de risco e desenvolver um plano de cuidados que garanta segurança e satisfação ao longo de toda a experiência perioperatória (Malley, et al., 2015; Oster & Oster, 2015, Boltz et al, 2016; Mitchell, 2016); onde se desenvolvem as atividades educativas e a capacitação da pessoa idosa e família, que permitem garantir o sucesso da intervenção cirúrgica (Younis et al., 2012; Richardon-Tench & Brown, 2014; DeOliveira et al., 2015; Jones et al., 2016; Mitchell, 2016; Yeh et al., 2017; Samuelsson et al., 2018); onde se inicia a relação terapêutica, centrando os

cuidados no cliente, com vista a um maior envolvimento da pessoa idosa na promoção do seu autocuidado no momento da alta para o domicílio (McCormack 2003; Mitchell, 2010; Mitchell & McCance, 2010; Renholm, et al., 2016; Göransson et al., 2017; Yeh et al., 2017).

- Período pós-operatório (CE pós-operatória não presencial “*follow-up*”)

Onde se processa a transferência de cuidados para o domicílio e se delega a responsabilidade pelo cuidado pós-operatório na pessoa idosa e a sua família (Berg, et al., 2011; Berg et al., 2013; Mitchell, 2014; Jones et al., 2016). A falta de informação, a insuficiente aderência às orientações pós-operatórias, a analgesia inadequada, o esquecimento de informação relevante e a falta de responsabilidade do cuidador, podem transformar o recobro em casa numa experiência problemática (Berg et al., 2013; Mitchell, 2014).

Avaliação da pessoa idosa em CA

Está reconhecido que avaliação pré-operatória, além de uma oportunidade para estimar riscos, é a melhor abordagem clínica em otimizar resultados positivos na experiência perioperatória da pessoa idosa (Stomberg et al., 2008; Boltz et al.; APCA, 2016). Os riscos associados ao cuidado perioperatório de pessoas idosas motivaram a necessidade de incorporar os princípios que norteiam os cuidados geriátricos, no âmbito cirúrgico e também em desenvolver indicadores de qualidade junto dos clientes idosos cirúrgicos.

Diversos estudos sublinham que avaliação pré-operatória da pessoa idosa submetida a cirurgia, deve indagar sobre capacidade funcional, função cognitiva e estado emocional, comunicação, estado nutricional, medicação e dor, mediante a utilização de instrumentos de avaliação adequados (APCA, 2016; Boltz et al.; Ward et al.; 2017; Marwell et al., 2018):

- Avaliação da capacidade funcional

Esta avaliação irá fornecer informações fundamentais sobre o impacto da doença, o risco de complicações e a necessidade de medidas adaptativas. Em todos os clientes elegíveis para CA deve ser rastreado a capacidade para desenvolver as Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), pois estão diretamente correlacionadas com o estado funcional. Está reconhecido que alterações na mobilidade das pessoas idosas está associado a um maior risco de delírio pós-operatório e a infecção do local da ferida cirúrgica (APCA, 2016; Ward et al., 2017; Marwell et al., 2018). A síndrome de fragilidade é um conceito que descreve um estado multidimensional de fraqueza e vulnerabilidade, facilmente agravada por

situações de stress. Está frequentemente associado a comorbilidades e incapacidades, mas assume uma identidade distinta. Deverá ser identificado e avaliado na fase pré-operatória e reconhecido o seu impacto na pessoa idosa em contexto cirúrgico (APCA, 2016; Ward et al., 2017).

- Avaliação do declínio cognitivo e estado emocional

O declínio cognitivo está subvalorizado nas pessoas idosas mas possui significativas implicações no percurso perioperatório. As alterações cognitivas preexistentes são preditoras de delírio pós-operatório, o qual está associado a piores indicadores cirúrgicos, nomeadamente o declínio funcional pós-operatório. Ao delírio pós-operatório são associados maiores taxas de complicações, maiores custos e maior uso dos recursos hospitalares. Torna-se essencial identificar fatores de risco de disfunção cognitiva pós-operatória, recorrendo à avaliação do estado cognitivo através de testes e escalas. A evidência científica sugere que nas pessoas idosas as perturbações mentais estão associadas a resultados pós-operatórios adversos. Clientes com sintomatologia depressiva possuem um risco aumentado de desenvolver delírio pós-operatório. A identificação de síndromes depressivas, ansiedade e stress pós-traumático em clientes elegíveis para procedimentos cirúrgicos, justifica o desenvolvimento de intervenções não farmacológicas no período pré-operatório (técnicas educativas adaptadas, adoção de medidas redutores de stress, abordagens menos convencionais como a música e a massagem) (Marwell et al., 2018).

- Comunicação

As limitações ao nível dos sentidos possuem um impacto negativo na capacidade da pessoa idosa interagir com o ambiente que a rodeia, diminuindo a sua qualidade de vida. Muito prevalentes na população idosa, as limitações visuais e auditivas devem ser objeto de avaliação pré-operatória uma vez que são fatores de risco modificáveis na prevenção do delírio pós-operatório (Boltz et al., 2016; Marwell et al., 2018). Neste domínio foram considerados os itens acuidade visual, auditiva e linguagem.

- Dor

O principal objetivo na gestão da dor nas pessoas idosas é tentar maximizar a função e a qualidade de vida minimizando a dor na sua extensão possível. As comorbilidades e a síndrome de fragilidade podem tornar este processo ainda mais desafiante, pois com o envelhecimento aumentam a incidência e a prevalência de patologias causadoras de dor (Boltz et al., 2016). A elaboração de um plano exaustivo de gestão na dor no contexto perioperatório está associado a

uma melhoria da experiência pós-operatória das pessoas idosas e da sua família (Marwell et al., 2018).

Na pessoa idosa a dor não controlada ou subcontrolada terá grande probabilidade de causar consequências nefastas, de que são exemplo o declínio funcional, a incapacidade, a síndrome de fragilidade e a redução da capacidade de manutenção da homeostase em processos de dor. Também as limitações sensoriais e motoras, as alterações cognitivas e da linguagem, podem condicionar a capacidade da pessoa idosa em verbalizar atempadamente e de forma adequada a sua experiência de dor (Booker, S. & Herr, K., 2016)

Antes de uma intervenção cirúrgica é fundamental proceder à avaliação da dor de forma a identificar o estado basal de dor na pessoa idosa. Esta intervenção deve ser desenvolvida no primeiro momento de interação e sistematizada ao longo da trajetória perioperatória (Booker, S. & Herr, K., 2016).

- Quedas

As quedas constituem uma preocupação dos serviços de saúde ao nível da qualidade e segurança dos cuidados prestados. As quedas nas pessoas idosas podem desencadear graves incapacidades ou até mesmo a morte, são responsáveis por internamentos mais prolongados com repercussões negativas nos gastos em saúde (LeCuyer, M., Lockwood, B. & Locklin, M., 2017).

Devido à curta permanência hospitalar, o contexto de CA é preditor do aumento do risco de queda pela influência do efeito de medicamentos comumente usados na abordagem anestésica (LeCuyer, M., Lockwood, B. & Locklin, M., 2017).

Compreender e conhecer os fatores de risco associados às quedas, bem como os diversos determinantes de saúde, será uma valiosa contribuição para o desenvolvimento de programas de prevenção de quedas em contexto de CA permitindo melhorar a qualidade e a segurança das pessoas. A literatura evidencia que os fatores que mais contribuem para o risco agravado de queda são a idade, a disfunção cognitiva, a mobilidade condicionada, o uso de medicação, história prévia de quedas e fatores externos, como as condições ambientais (LeCuyer, M., Lockwood, B. & Locklin, M., 2017).

O estudo de revisão sistemática da literatura de LeCuyer, M., Lockwood, B. & Locklin, M. (2017), destaca a importância da implementação de um programa de prevenção de queda em CA, revelando uma significativa melhoria da qualidade dos cuidados prestados e uma mudança na cultura organizacional, após a avaliação da implementação do referido programa.

Na população idosa, que recorre aos serviços de saúde, deve ser a averiguada história de quedas nos últimos doze meses. As alterações na marcha e na mobilidade podem ser avaliadas através da aplicação de testes simples e rápidos, com fiabilidade de resultados (APCA, 2016; Ward et al., 2017; Marwell et al., 2018).

- Nutrição

Na avaliação do estado nutricional da pessoa idosa, importa verificar a história alimentar e detetar sinais de desnutrição. As pessoas idosas sofrem risco de desnutrição perante fatores relacionados com aporte dietético insuficiente, fracos recursos económicos, isolamento, doenças crónicas e alterações fisiológicas (APCA, 2016; Boltz et al., 2016). Um mau estado nutricional está associado a um risco aumentado de efeitos adversos, sobretudo ao nível do risco de infeção da ferida cirúrgica (Ward et al., 2017).

O abuso no consumo de álcool e as dependências são frequentemente ignorados nas pessoas idosas, contudo estão associados a um aumento de complicações pós-operatórias, pelo que também devem ser rastreados (Marwell et al., 2018).

- Medicação

As pessoas idosas estão sujeitas a efeitos adversos relacionados com a toma da medicação por cinco motivos principais: alterações fisiológicas relacionadas com a idade, polimedicação, prescrições incorretas, automedicação, causas iatrogénicas (Boltz et al., 2016). A polimedicação é comum na população idosa submetida a procedimentos cirúrgicos em CA e está associada a um aumento do risco de disfunção cognitiva, morbilidade e mortalidade. O risco de reacções adversas também aumenta com o maior número de medicamentos prescritos (APCA, 2016; Ward et al., 2017).

A literatura revela que entre 10 a 70% das histórias medicamentosas contêm pelo menos um erro; até 1/3 desses erros têm o potencial de causar dano ao doente; mais de metade dos erros de medicação ocorrem na transição entre cuidados; doentes com um ou mais medicamentos em falta na nota de alta têm um risco 2.3 vezes superior de serem readmitidos no hospital em relação aos que têm a informação medicamentosa correta; 85% das discrepâncias advêm de falhas no processo de recolha da informação sobre a medicação dos doentes (DGS, 2015).

A reconciliação terapêutica ou da medicação define-se como o processo de análise da medicação de um cliente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a

adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação (DGS, 2015).

A reconciliação da medicação permite manter atualizada a lista da medicação de cada pessoa, bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos (RAM) e alergias, evitando discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados (DGS, 2015).

Por inexistência de recomendações específicas para o contexto de CA na literatura científica, procedemos à adaptação do protocolo existente para as particularidades da CA.

O guia orientador para a avaliação da pessoa idosa e família submetida a cirurgia em contexto ambulatorio e o instrumento de colheita de dados foram realizados e fundamentados nos seguintes documentos:

- *“Best Practices Guidelines for Optimal Preoperative Assessment of the Geriatric Surgical Patient. American Geriatric Society (AGS) and American College of Surgeons – National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP)”* (2012), nível de evidência VI;
- *“Guidelines for Perioperative Practice. AORN”* (2015), nível de evidência VI; *“National Patient Safety Goals. The Joint Commission”* (2015), nível de evidência VI.

Para a avaliação multidimensional da pessoa idosa utilizámos os instrumentos a seguir enunciados:

- Instrumentos de avaliação da capacidade funcional
Índice de Barthel e Índice de Lawton (Sequeira, 2010)
- Instrumentos de avaliação da função cognitiva e estado emocional
Escala Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein (Sequeira, 2010)
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta (GDS-15) – domínio público
- Instrumentos de avaliação do risco de queda
Escala de Quedas de Morse (MFS) (RIMAS, 2014)
- Instrumentos de avaliação da marcha e do equilíbrio

Teste Timed up and go (TUG) (Rosa, et al., 2017)

- Instrumentos de avaliação do estado nutricional

Mini Nutritional Assessment (MNA) (GERMI s/d)

De modo a proporcionar a adequada operacionalização do instrumento de colheita de dados procedeu-se à elaboração da respetiva documentação de suporte:

- Orientações de preenchimento do instrumento de colheita de dados;
- Fluxograma do percurso da pessoa idosa (Apêndice I);

Fundamentado em Sequeira (2010) elaborou-se um algoritmo de tomada de decisão relativamente à reavaliação das ABVD e AIVD.

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DADOS

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____

Contacto telefónico: _____ / _____

(COLOCAR VINHETA IDENTIFICAÇÃO)

AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA

SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Reside: sozinho ☐ acompanhado ☐ Obs: _____

Existência de cuidador: sim ☐ não ☐ Obs: _____

Suporte social: Centro de Dia ☐ Apoio Domiciliário ☐ Outro ☐ _____

Condições habitacionais: prédio com elevador ☐ sem elevador ☐

Escadas: com corrimão ☐ sem corrimão ☐

Casa de banho: sim ☐ não ☐ banheira ☐ duche ☐

Obs: _____

CAPACIDADE FUNCIONAL

Avaliação das
Actividades
Instrumentais de
Vida Diária
(AIVD)
**Índice de
Lawton**

PONTUAÇÃO

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

8

Independente

☐

9 - 20

Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda

☐

> 20

Severamente dependente, necessita de muita ajuda

☐

(Nota: Assinalar com **x** o quadrado respetivo)

Avaliação das
Actividades
Básicas de Vida
Diária
(ABDV)
Índice de Barthel

PONTUAÇÃO

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

90 - 100

Independente

☐

60 - 89

Ligeiramente dependente

☐

40 - 55

Moderadamente dependente

☐

20 - 30

Severamente dependente

☐

<20

Totalmente dependente

☐

(Nota: Assinalar com **x** o quadrado respetivo)

FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL

Avaliação Breve
do Estado
Mental

**MiniMental
State
Examination
(MMSE)**

ITENS

COTAÇÃO PARCIAL

Orientação (0 a 10 Pontos)

Retenção (0 a 3 pontos)

Atenção e cálculo (0 a 5 Pontos)

Evocação (0 a 3 Pontos)


Linguagem (0 a 8 Pontos)

Habilidade construtiva (0 a 1 Ponto)

SCORE TOTAL (0 a 30 Pontos)

Observa-se defeito cognitivo nos seguintes contextos: **analfabetos** ≤ 15 pontos; **entre 1 e 11 anos de escolaridade** ≤ 22 pontos; **escolaridade superior a 11 anos** ≤ 27 pontos

Obs: _____

FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL	Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – versão curta YESAVAGE	PONTUAÇÃO		NÍVEL DE DEPENDÊNCIA		
		0 a 5		Normal	<input type="checkbox"/>	
		6 a 9		Depressão leve	<input type="checkbox"/>	
		> a 9		Depressão	<input type="checkbox"/>	
		Obs: _____				
COMUNICAÇÃO		Alterada	Não alterada	Prótese/Ortótese		
	Acuidade visual					
	Acuid. auditiva					
	Linguagem					
	Obs: _____					
DOR		Ausente	Presente	Avaliação (EVA)		
	Dor Aguda					
	Dor Crónica					
	Se aplicável utilizar o Inventário Resumido da Dor - BPI (em anexo)					
	Obs: _____					
QUEDAS	Avaliação Risco de Quedas Escala de Morse	Baixo Risco	<input type="checkbox"/>	Obs: _____		
		Médio Risco	<input type="checkbox"/>	_____		
		Alto Risco	<input type="checkbox"/>	_____		
	Marcha e Equilíbrio		Sim	Não	Marcha estável	Marcha instável
		Levantar da cadeira				
		Andar 3 metros				
		Voltar a sentar				
Obs: _____						
NUTRIÇÃO	Medidas antropométricas		Peso _____ kg	Altura _____ cm	IMC _____	
	Prótese dentária		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	Ausência de peças dentárias		
			sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
	Avaliação do Estado Nutricional MNA <i>Mini-Nutritional Assessment</i>	Pontuação da Triagem (máx. 14 pts)		Estado Nutricional		
		12 – 14 pontos		Normal	<input type="checkbox"/>	
		8 – 11 pontos		Risco de desnutrição	<input type="checkbox"/>	
		0 – 7 pontos		Desnutrido	<input type="checkbox"/>	
	(Nota: Assinalar com x o quadrado respectivo)					
Ingestão Alcoólica	Em caso afirmativo					
	Consumo diário	<input type="checkbox"/>	≤ 180ml/dia	<input type="checkbox"/>	> 180 ml/dia	<input type="checkbox"/>
	Consumo ocasional	<input type="checkbox"/>	≤ 540ml/ocasião	<input type="checkbox"/>	> 540ml/ocasião	<input type="checkbox"/>
(Nota: 180ml equivale a 1 bebida <i>standard</i>)						
MEDICAÇÃO	Gestão da medicação	O próprio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Especificar _____		
	Medicação habitual: _____				Nº _____	
	Reconciliação terapêutica	Antiagregantes: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Nº dias suspensão _____				

AValiação Multidimensional da Pessoa Idosa submetida a Cirurgia de Ambulatório

Orientações para Preenchimento do Instrumento de Colheita Dados

Identificação da Pessoa Idosa


Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____	(COLOCAR VINHETA IDENTIFICAÇÃO)
Contato telefónico: nº telefone fixo e/ou telemóvel _____	

AValiação Global da Pessoa Idosa

SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	Reside: sozinho <input type="checkbox"/> acompanhado <input type="checkbox"/> Obs: Nomear familiar e características pertinentes.
	Existência de cuidador: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Obs: Nomear cuidador e contato telefónico.
	Suporte social: Centro de Dia <input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Obs: Tipo de ajuda.
	Condições habitacionais: prédio com elevador <input type="checkbox"/> sem elevador <input type="checkbox"/> se residir em andar
	Escadas: com corrimão <input type="checkbox"/> sem corrimão <input type="checkbox"/> Casa de banho: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> banheira <input type="checkbox"/> duche <input type="checkbox"/> Obs: Descrever aspectos relevantes (p.ex: barreiras arquitectónicas) e acessibilidade.

CAPACIDADE FUNCIONAL	Avaliação das Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) Índice de Lawton – Anexo 1	PONTUAÇÃO	NÍVEL DEPENDÊNCIA	
		8	Independente	<input type="checkbox"/>
		9 - 20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda	<input type="checkbox"/>
		> 20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda	<input type="checkbox"/>
		(Nota: Assinalar com ✕ o quadrado respetivo)		
	Obs: Utilizar o Índice de Lawton e Brody de acordo com a algoritmo de decisão para Actividades Instrumentais (AIVD) – Anexo 2.			
	Avaliação das Actividades Básicas de Vida Diária (ABDV) Índice de Barthel – Anexo 3	PONTUAÇÃO	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	
		90 - 100	Independente	<input type="checkbox"/>
		60 - 89	Ligeiramente dependente	<input type="checkbox"/>
		40 - 55	Moderadamente dependente	<input type="checkbox"/>
20 - 30		Severamente dependente	<input type="checkbox"/>	
<20		Totalmente dependente	<input type="checkbox"/>	
(Nota: Assinalar com ✕ o quadrado respetivo)				
Obs: Utilizar o Índice de Barthel de acordo com a algoritmo de decisão para Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD) – Anexo 4.				

FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL	Avaliação Breve do Estado Mental MiniMental State Examination (MMSE) – Anexo 5	ITENS	COTAÇÃO PARCIAL
		Orientação (0 a 10 Pontos)	
		Retenção (0 a 3 pontos)	
		Atenção e cálculo (0 a 5 Pontos)	
		Evocação (0 a 3 Pontos)	
		Linguagem (0 a 8 Pontos)	
		Habilidade construtiva (0 a 1 Ponto)	
		SCORE TOTAL (0 a 30 Pontos)	

		Observa-se defeito cognitivo nos seguintes contextos: analfabetos ≤ 15 pontos; entre 1 e 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos; escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos Obs: Além da avaliação da função cognitiva, indagar sobre problemas de memória.				
FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL	Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – versão curta YESAVAGE – Anexo 6	PONTUAÇÃO		NÍVEL DE DEPENDÊNCIA		
		0 a 5		Normal	<input type="checkbox"/>	
		6 a 9		Depressão leve	<input type="checkbox"/>	
		> a 9		Depressão	<input type="checkbox"/>	
		Obs: Aplicar se sinais sugestivos de depressão (sensação de tristeza frequente e verbalização de ausência de esperança)				
COMUNICAÇÃO		Alterada	Não alterada	Prótese/Ortótise		
	Acuidade visual					
	Acuid. auditiva					
	Linguagem					
	Obs: Preencher com sim ou não e identificar o dispositivo se existir. Descrever alterações pertinentes observadas. Questionar directamente sobre ambas acuidades.					
DOR		Ausente	Presente	Avaliação (EVA) 		
	Dor Aguda					
	Dor Crónica					
	Se aplicável utilizar o Inventário Resumido da Dor - BPI (Anexo 7)					
	Obs: Preencher com sim ou não. Descrever características, factores alívio/agravamento. Se afirmativo para dor crónica, registar regime terapêutico.					
QUEDAS	Avaliação Risco de Quedas Escala de Morse – Anexo 8	Baixo Risco	<input type="checkbox"/>	Obs: Preencher a respectiva quadrícula cm x no nível correspondente.		
		Médio Risco	<input type="checkbox"/>			
		Alto Risco	<input type="checkbox"/>			
	Marcha E Equilíbrio – Anexo 9		Sim	Não	Marcha estável	Marcha instável
		Levantar da cadeira				
		Andar 3 metros				
Voltar a sentar						
Obs: descrever características relevantes da marcha.						
NUTRIÇÃO	Medidas antropométricas		Peso _____ kg	Altura _____ cm	IMC _____	
	Prótese dentária		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	Ausência de peças dentárias		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
	Avaliação do Estado Nutricional MNA Mini-Nutritional Assessment – Anexo 10	Pontuação da Triagem (máx. 14 pts)		Estado Nutricional		
		12 – 14 pontos		Normal <input type="checkbox"/>		
		8 – 11 pontos		Risco de desnutrição <input type="checkbox"/>		
		0 – 7 pontos		Desnutrido <input type="checkbox"/>		
		(Nota: Assinalar com x o quadrado respectivo)				

	Ingestão Alcoólica	Em caso afirmativo		
		Consumo diário <input type="checkbox"/>	≤ 180ml/dia <input type="checkbox"/>	> 180 ml/dia <input type="checkbox"/>
		Consumo ocasional <input type="checkbox"/>	≤ 540ml/ocasião <input type="checkbox"/>	> 540ml/ocasião <input type="checkbox"/>
		(Nota: 180 ml equivale a 1 bebida <i>standard</i>)		
MEDICAÇÃO	Gestão da medicação	O próprio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Especificar: Identificar o responsável		
	Medicação habitual: enumerar medicamentos, suplementos medicinais e outros.			Nº _____
	Reconciliação terapêutica	Obs: Proceder à avaliação global do regime terapêutico. Descrever padrões de adesão terapêutica, se necessário.	Antiagregantes: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Nº dias suspensão _____	

Anexo 1 - Índice de Lawton

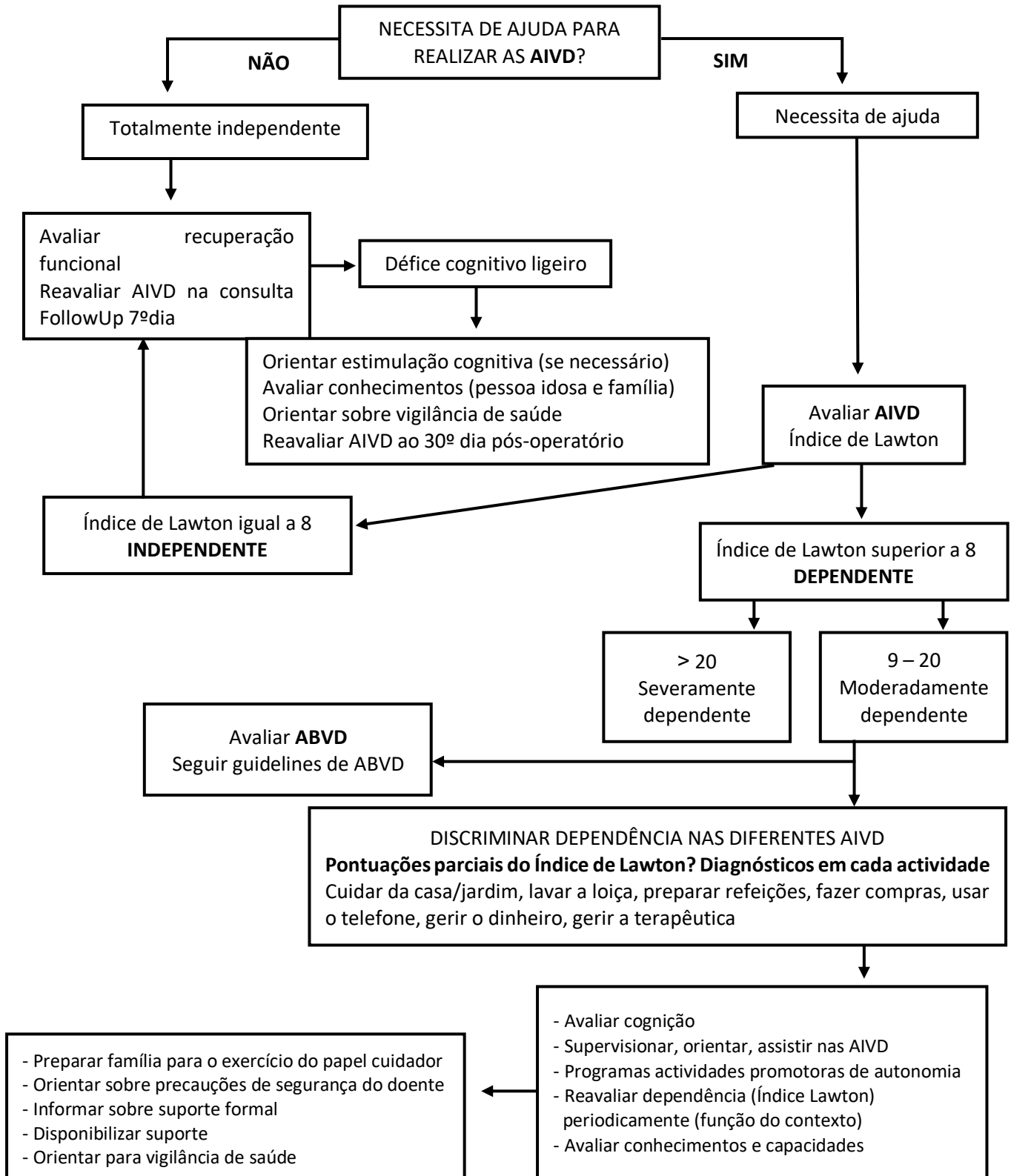
Índice de Lawton - Atividades instrumentais de vida diária

AIVD	ITENS	COTAÇÃO
CUIDAR DA CASA	Cuida da casa sem ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Faz tudo, exceto o trabalho pesado	<input type="checkbox"/> 2
	Só executa tarefas leves	<input type="checkbox"/> 3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	<input type="checkbox"/> 4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	<input type="checkbox"/> 5
LAVAR A ROUPA	Lava a sua roupa	<input type="checkbox"/> 1
	Só lava pequenas peças	<input type="checkbox"/> 2
	É incapaz de lavar a sua roupa	<input type="checkbox"/> 3
PREPARAR AS REFEIÇÕES	Planeia, prepara e serve sem ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	<input type="checkbox"/> 2
	Prepara pratos pré-cozinhados	<input type="checkbox"/> 3
	Incapaz de preparar as refeições	<input type="checkbox"/> 4
FAZER COMPRAS	Faz as compras sem ajuda	<input type="checkbox"/> 1
	Só faz pequenas compras	<input type="checkbox"/> 2
	Faz as compras acompanhado	<input type="checkbox"/> 3
	É incapaz de ir às compras	<input type="checkbox"/> 4
USAR TELEFONE	Usa-o sem dificuldade	<input type="checkbox"/> 1
	Só telefona para lugares familiares	<input type="checkbox"/> 2
	Necessita de ajuda para o usar	<input type="checkbox"/> 3
	Incapaz de usar o telefone	<input type="checkbox"/> 4
USAR TRANSPORTE	Viaja em transporte público ou conduz	<input type="checkbox"/> 1
	Só anda de táxi	<input type="checkbox"/> 2
	Necessita de acompanhamento	<input type="checkbox"/> 3
	Incapaz de usar transportes	<input type="checkbox"/> 4
USAR DINHEIRO	Paga as contas, vai ao banco, etc.	<input type="checkbox"/> 1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	<input type="checkbox"/> 2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	<input type="checkbox"/> 3
RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS	Responsável pela sua medicação	<input type="checkbox"/> 1
	Necessita que lhe preparem a medicação	<input type="checkbox"/> 2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	<input type="checkbox"/> 3
• TOTAL		
Pontuação	Grau de dependência nas AIVD's	
8	Independente	<input type="checkbox"/>
9-20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda	<input type="checkbox"/>
>20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda	<input type="checkbox"/>

Anexo 2 – Algoritmo de decisão AIVD

ALGORITMO DE DECISÃO – ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS (AIVD)

(Adaptado Sequeira, 2010)



Anexo 3 - Índice de Barthel

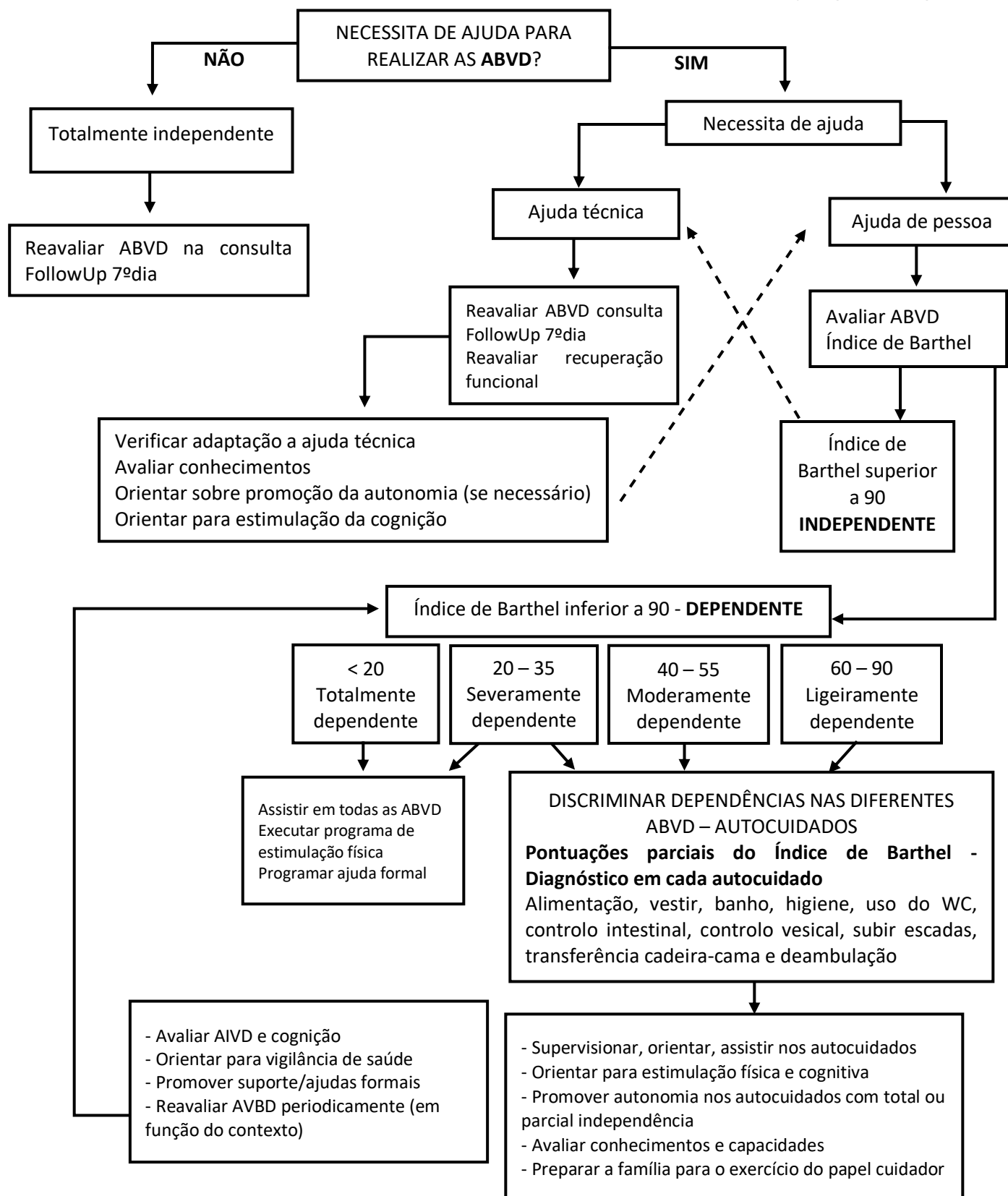
Índice de Barthel - Atividades básicas de vida diária

ABVD	ITENS	COTAÇÃO
1. ALIMENTAÇÃO	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	<input type="checkbox"/> 10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. VESTIR	Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	<input type="checkbox"/> 10
	Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
3. BANHO	Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
4. HIGIENE CORPORAL	Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. USO DA CASA DE BANHO	Independente	<input type="checkbox"/> 10
	Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
6. CONTROLO INTESTINAL	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	<input type="checkbox"/> 10
	Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	<input type="checkbox"/> 5
	Incontinente fecal	<input type="checkbox"/> 0
7- CONTROLO VESICAL	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	<input type="checkbox"/> 10
	Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	<input type="checkbox"/> 5
	Incontinente ou algaliado	<input type="checkbox"/> 0
8. SUBIR ESCADAS	Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	<input type="checkbox"/> 10
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
9. TRANSFERENCIA CADEIRA-CAMA	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	<input type="checkbox"/> 15
	Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão)	<input type="checkbox"/> 10
	Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
10. DEAMBULAÇÃO	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	<input type="checkbox"/> 15
	Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	<input type="checkbox"/> 10
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	<input type="checkbox"/> 5
	Dependente	<input type="checkbox"/> 0
• TOTAL		
Pontuação	Grau de dependência nas ABVD's	
90-100	Independente	<input type="checkbox"/>
60-89	Ligeiramente dependente	<input type="checkbox"/>
40-55	Moderadamente dependente	<input type="checkbox"/>
20-35	Severamente dependente	<input type="checkbox"/>
<20	Totalmente dependente	<input type="checkbox"/>

Anexo 4 – Algoritmo de decisão AVBD

ALGORITMO DE DECISÃO – DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO (ABVD)

(Adaptado Sequeira, 2010)



Anexo 5 – MiniMental State Examination (MMSE)

MiniMental State Examination (Folstein)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta) - (0 a 10 pontos)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____
Nota _____

2. Retenção

Vou dizer-lhe três palavras. Quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor.”

PERA GATO BOLA

“Repita as três palavras.” (1 ponto por cada palavra corretamente repetida) (0 a 3 pontos)

PERA _____
GATO _____
BOLA _____
Nota _____

3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta).- (0 a 5 pontos)

Se a pessoa der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(30)____ (27)____ (24)____ (21)____ (18)____ (15)

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) - (0 a 3 pontos)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar.”

PERA _____
GATO _____
BOLA _____
Nota _____

5. Linguagem (Dar 1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 8 pontos)

a) “Como se chama isto?”

Relógio _____
Lápis _____

b) Repetir a frase: O RATO ROEU A ROLHA _____

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa (ou sobre a cama, se for caso). Dar a folha com as duas mãos (0 a 3 pontos)

Pega com a mão direita na folha _____
Dobra a folha ao meio _____
Coloca a folha onde deve _____
Nota _____

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz." Mostrar um cartão com a seguinte frase: "Feche os olhos". Sendo analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase

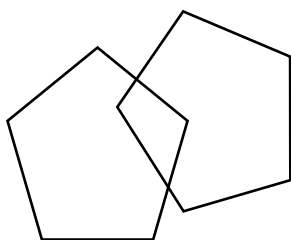
Nota _____

e) "Escreva uma frase inteira aqui." Deve ter sujeito e verbo e ter sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado).

Nota _____

6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) - (0 a 1 ponto).

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Valores de corte para a população portuguesa:

- Analfabetos: defeito < 15;
- 1 a 11 anos de escolaridade: defeito < 22;
- Escolaridade superior a 11 anos de escolaridade: defeito < 27

Anexo 6 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (GDS 15)

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (GDS 15)

Responda **sim** ou **não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

1. De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/> (0)	Não <input type="checkbox"/> (1)
2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
3. Sente que sua vida está vazia?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
4. Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
5. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/> (0)	Não <input type="checkbox"/> (1)
6. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa de má?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/> (0)	Não <input type="checkbox"/> (1)
8. Sente-se desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
10. Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
11. Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/> (0)	Não <input type="checkbox"/> (1)
12. Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/> (0)	Não <input type="checkbox"/> (1)
14. Sente que a sua situação é desesperada?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Senhor(a)?	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (0)
Pontuação		
0-5	Sem depressão	
6-10	Depressão ligeira	
11-15	Depressão grave	

Anexo 7 – Inventário Resumido da Dor

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

- 1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

- 3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a

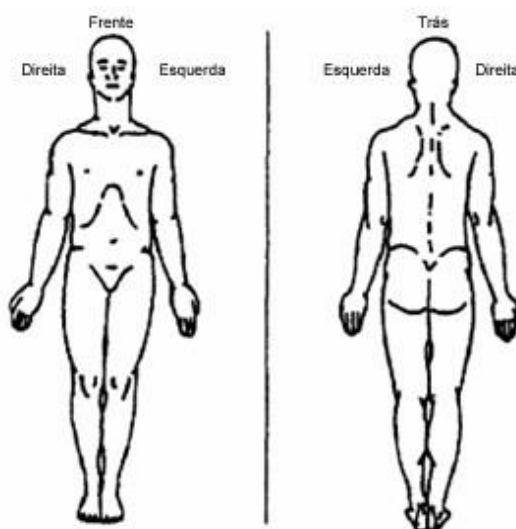
sua dor no
seu

máximo

durante a última semana.

___ Sim

___ Não



- 2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a

sua dor no
seu

mínimo

durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
 Nenhum Alívio
 alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A
 Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não Interferiu
 interferiu completamente

B
 Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não Interferiu
 interferiu completamente

C
 Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não Interferiu
 interferiu completamente

D
 Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não
interferiu

Interferiu
completamente

E

Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não
interferiu

Interferiu
completamente

F

Sono

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0

Não
interferiu

Interferiu
completamente

G

Prazer de viver

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0

Não
interferiu

Interferiu
completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

Anexo 8 – Escala de Quedas de Morse (MFS)

Escala de Quedas de Morse - MFS (Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014)

Esta escala tem uma pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 125 pontos. Da soma dos vários parâmetros, define-se o nível de risco de queda da pessoa:

0 a 24 – Baixo Risco

25 a 50 – Médio Risco

≥ 51 – Elevado Risco

Parâmetros		Capítulos	Data Avaliação				
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0					
	Sim	25					
2. Diagnóstico Secundário	Não	0					
	Sim	15					
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado Repouso no leito	0					
	Bengala Andarilho Canadiana	15					
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0					
	Sim	20					
5. Marcha	Normal Acamado Cadeira de Rodas	0					
	Lenta	10					
	Alterada Cambaleante	20					
6. Estado Mental	Orientado	0					
	Desorientado Confuso	15					
	Pontuação						
	Assinatura						

Anexo 9 – Teste Timed up and go (TUG)

Teste Timed up and go - TUG

Para avaliação da marcha e equilíbrio, o teste Timed up and go (TUG) é um dos instrumentos de avaliação da mobilidade e de equilíbrio funcional mais utilizados a nível nacional e internacional e de fácil aplicação.

O TUG mede indiretamente a força, o equilíbrio e a estabilidade contudo pode não refletir fatores de risco como alterações na acuidade visual (Rosa, et al., 2017).

Instruções:

Após estar sentada numa cadeira, solicitar à pessoa que se levante sem a ajuda dos braços, caminhe a direito num percurso de 3 metros, regresse à posição inicial e volte a sentar.

Cronometrar o tempo apartir do momento que a pessoa se levanta da cadeira até voltar a sentar.

Valores superiores a 12 segundos para complementar o teste são preditores de risco acrescido de queda.

Anexo 10 – Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment MNA®

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudados últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
Ref. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O paciente consome: <ul style="list-style-type: none"> pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Escore da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Escore total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465. - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487. © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Glossário

- Consulta de enfermagem pré-operatória

Recurso essencial para proporcionar cuidados de excelência no percurso perioperatório da pessoa idosa. Além da forte componente educativa subjacente à consulta, é preponderante que se estabeleça uma relação empática com o cliente e família, uma vez que será a aliança entre enfermeiro-cliente-família que ditará também os resultados da intervenção (AESOP, 2006).

- Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Avaliação multidimensional pré-operatória possibilita um impacto positivo nos resultados pós-operatórios (complicações cirúrgicas e duração da estadia) de pessoas idosas submetidas a cirurgia (Partridge et al., 2014). Assume-se como um instrumento ao dispor dos profissionais de enfermagem para identificar, documentar e comunicar fatores de risco e vulnerabilidades da pessoa idosa (Malley et al., 2015).

- Atividades básicas de vida diária

“Conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo actividades como: comer, uso da casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as actividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente” (Sequeira, 2010, pág. 46).

- Atividades instrumentais de vida diária

“Constituídas pelas actividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão directamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc.” (Sequeira, 2010, pág. 53).

Referências bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2013). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 3ªed. Lisboa : AESOP.
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2016). *Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória*. Maio, 2016. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.
- Berg, K., Idvall, E., Nilsson, U. & Unosson M. (2011). Postoperative recovery after different orthopedic day surgical procedures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 15(4), 165-175. **DOI:** 10.1016/j.ijotn.2011.02.003.
- Berg, K., Arestedt, K. & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *Int J Nurs Stud*, 50(12),1630-8. **DOI:** 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002.
- Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. (2016). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 5th ed. New York: Springer Publishing Company.
- Booker, S. & Herr, K., (2016). Assessment and Measurement of Pain in Adults in Later Life. *Clin Geriatr Med*, 32, 677–692. **DOI:** org/10.1016/j.cger.2016.06.012.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Referência*, IV Série (2), 7-17. **DOI:** org/10.12707/RIII1382.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. Acedido em 24/10/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas->
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa* nº 015/2010 de 14/12/2010. Acedido em 30/11/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Processo de Gestão da Medicação*. Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015. Acedido em 27/11/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015.aspx>
- Engelke, Z. & Schub, T. (2016). *Patient Education: teaching the older adult*. Cinahl Information Systems. Vol 65 (4). Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/delivery?sid=0de72112-42f2-4ec1-a6f7-c84972774b7>
- GERMI (s/d). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Gildasio S. De Oliveira, et al (2015). Older Adults and Unanticipated Hospital Admission within 30 Days of Ambulatory Surgery: An Analysis of 53,667 Ambulatory Surgical Procedures. *Journal of the American Geriatrics Society*. 63, 8. **DOI:** 10.1111/jgs.13537
- Göransson, C., Wengström, Y., Ziegert, K., Langius-Eklöf, A., Eriksson, I., Kihlgren, A. & Blomberg, K. (2017). Perspectives of health and self-care among older persons to be implemented in an interactive information and communication technology-platform. *J Clin Nurs.*, 26, 4745–4755. **DOI:** 10.1111/jocn.13827
- Jones, C., Hollis, R., Wahl, T., Oriel, B., Itani, K., Morris, M. & Hawn, M. (2016). Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *Am J Surg.*, 212(2), 327-35. **DOI:**10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.
- LeCuyer, M., Lockwood, B. & Locklin, M. (2017). Development of a Fall Prevention Program in the Ambulatory Surgery Setting. *JOPAN*, 32 (5), 472-479. **DOI:** org/10.1016/j.jopan.2016.01.003

- Malley, A., Kenner, C., Kim, T. & Blakeney, B. (2015). The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1-181.e9. **DOI:**10.1016/j.aorn.2015.06.004
- Marwell, J., Heflin, M. & McDonald, S. (2018). Preoperative Screening. *Clin Geriatr Med.*, 34(1), 95-105. **DOI:** 10.1016/j.cger.2017.08.004.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract.*, 9(3), 202-9. Acedido em 12-06-2017.
- Mitchell, M. (2016). Day surgery nurse's selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*. **26**, 225-237. **DOI:** 10.1111/jocn.13375
- Mitchell, E. & McCance, T. (2012). Nurse-patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: an analysis using the Authentic Consciousness Framework. *Int J Older People Nurs.*, 7(2), 95-104. **DOI:**10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x.
- Nestlé Nutricion Institute (s/d). Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional. Acedido a 23/01/2017. Disponível em https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. Acedido a 20/11/2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend Manualis_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manualis_BPraticas.pdf)
- Oster, K. & Oster, C. (2015). Special needs population: care of the geriatric patient population in the perioperative setting. *AORN Journal*, 101(4), 443-456. **DOI:**10.1016/j.aorn.2014.10.022
- Rosa, A., Freitas, A., Lopes, C., Gonçalves, S., Redondo, A. & Sousa, L. (2017). Propriedades métricas do Timed Up and Go no Idoso: revisão integrativa da literatura. *Investigação em Enfermagem*, 21-31. Acedido em 29/11/2017. Disponível em

https://www.researchgate.net/publication/319037110_Propriedades_metricas_do_Timed_Up_and_Go_Test_no_idoso_revisao_integrativa_da_literatura

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição). Loures: Lusociência.

Santos, M. & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (2), 149-162. Acedido em 25-05-2017. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4628/1/artigo_2010_ICS_1720_Almeida_Armando_17.pdf

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6 th ed.). Philadelphia: F. A: Davis Company.

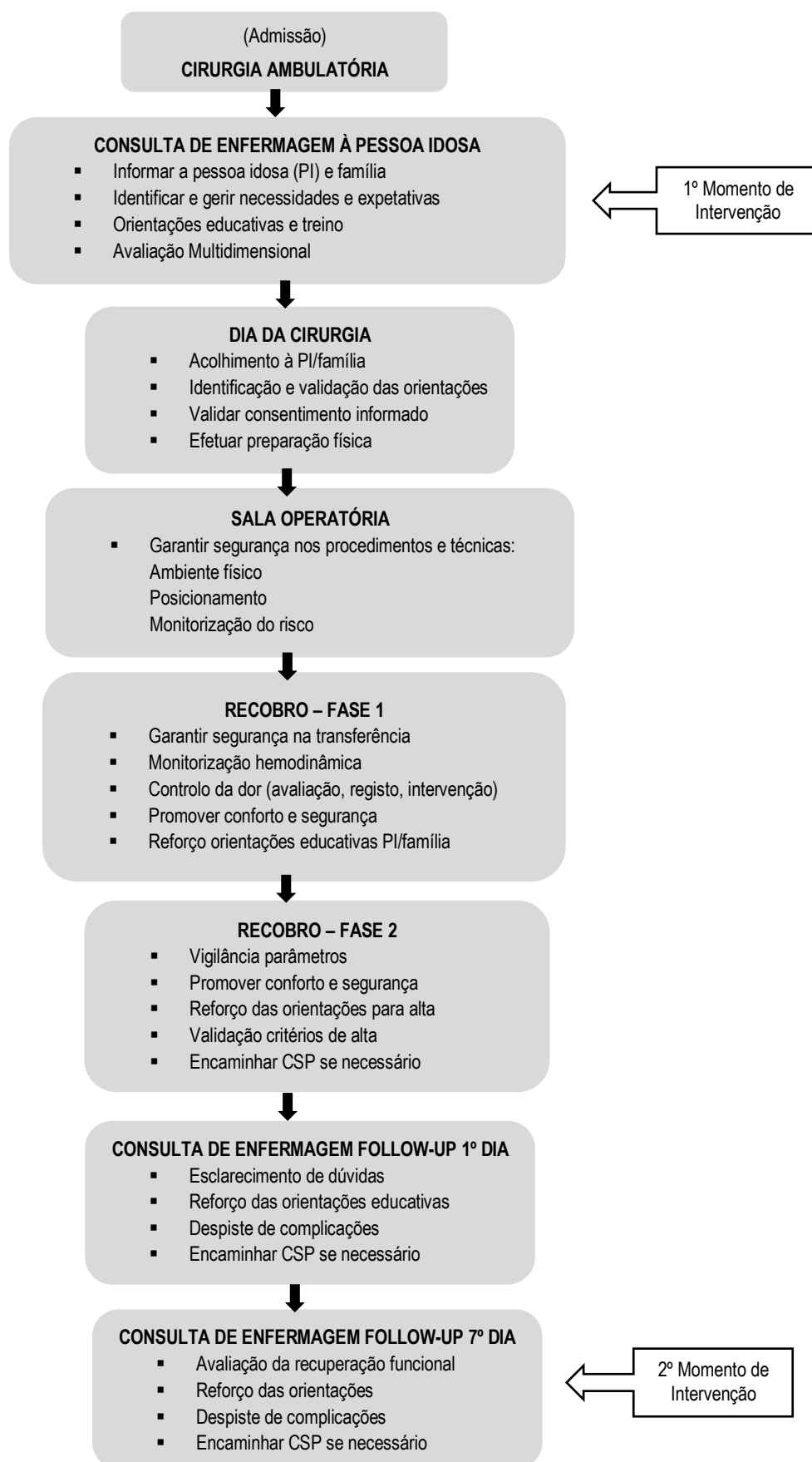
Younis, J., Salerno, G., Chaudhary, A., Trickett, J., Bearn, P., Scott, H. & Galbraith, K. (2013). Reduction in Hospital Reattendance due to Improved Preoperative Patient Education Following Hemorrhoidectomy. *Journal for Healthcare Quality*, 35, 24-29. DOI:10.1111/j.1945-1474.2012.00201.x

Apêndices

Apêndice I - Fluxograma do percurso da pessoa idosa

Apêndice I - Fluxograma do percurso da pessoa idosa

FLUXOGRAMA - PERCURSO DA PESSOA IDOSA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



Apêndice XV – Instrumento de colheita de dados para avaliação multidimensional

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DADOS

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____

Contacto telefónico: _____/_____

(COLOCAR VINHETA IDENTIFICAÇÃO)

AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA

SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Reside: sozinho ☐ acompanhado ☐ Obs: _____

Existência de cuidador: sim ☐ não ☐ Obs: _____

Suporte social: Centro de Dia ☐ Apoio Domiciliário ☐ Outro ☐ _____

Condições habitacionais: prédio com elevador ☐ sem elevador ☐

Escadas: com corrimão ☐ sem corrimão ☐

Casa de banho: sim ☐ não ☐ banheira ☐ duche ☐

Obs: _____

CAPACIDADE FUNCIONAL

Avaliação das
Actividades
Instrumentais de
Vida Diária
(AIVD)
**Índice de
Lawton**

PONTUAÇÃO

8

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

Independente

☐

9 - 20

Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda

☐

> 20

Severamente dependente, necessita de muita ajuda

☐

(Nota: Assinalar com ✕ o quadrado respetivo)

Avaliação das
Actividades
Básicas de Vida
Diária
(ABDV)
Índice de Barthel

PONTUAÇÃO

90 - 100

Independente

☐

60 - 89

Ligeiramente dependente

☐

40 - 55

Moderadamente dependente

☐

20 - 30

Severamente dependente

☐

<20

Totalmente dependente

☐

(Nota: Assinalar com ✕ o quadrado respetivo)

FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL

Avaliação Breve
do Estado
Mental

**MiniMental
State
Examination
(MMSE)**

ITENS

COTAÇÃO PARCIAL

Orientação (0 a 10 Pontos)

Retenção (0 a 3 pontos)

Atenção e cálculo (0 a 5 Pontos)

Evocação (0 a 3 Pontos)

Linguagem (0 a 8 Pontos)

Habilidade construtiva (0 a 1 Ponto)

SCORE TOTAL (0 a 30 Pontos)

Observa-se defeito cognitivo nos seguintes contextos: **analfabetos** ≤ 15 pontos; **entre 1 e 11 anos de escolaridade** ≤ 22 pontos; **escolaridade superior a 11 anos** ≤ 27 pontos

		Obs: _____				
FUNÇÃO COGNITIVA E ESTADO EMOCIONAL	Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – versão curta YESAVAGE	PONTUAÇÃO		NÍVEL DE DEPENDÊNCIA		
		0 a 5		Normal	<input type="checkbox"/>	
		6 a 9		Depressão leve	<input type="checkbox"/>	
		> a 9		Depressão	<input type="checkbox"/>	
		Obs: _____				
COMUNICAÇÃO		Alterada	Não alterada	Prótese/Ortótese		
	Acuidade visual					
	Acuid. auditiva					
	Linguagem					
	Obs: _____					
DOR		Ausente	Presente	Avaliação (EVA)		
	Dor Aguda					
	Dor Crónica					
	Se aplicável utilizar o Inventário Resumido da Dor - BPI (em anexo)					
	Obs: _____					
QUEDAS	Avaliação Risco de Quedas Escala de Morse	Baixo Risco	<input type="checkbox"/>	Obs: _____ _____ _____		
		Médio Risco	<input type="checkbox"/>			
		Alto Risco	<input type="checkbox"/>			
	Marcha e Equilíbrio		Sim	Não	Marcha estável	Marcha instável
		Levantar da cadeira				
		Andar 3 metros				
		Voltar a sentar				
Obs: _____						
NUTRIÇÃO	Medidas antropométricas		Peso _____ kg	Altura _____ cm	IMC _____	
	Prótese dentária		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	Ausência de peças dentárias		
			sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
	Avaliação do Estado Nutricional MNA <i>Mini-Nutritional Assessment</i>	Pontuação da Triagem (máx. 14 pts)		Estado Nutricional		
		12 – 14 pontos		Normal <input type="checkbox"/>		
		8 – 11 pontos		Risco de desnutrição <input type="checkbox"/>		
		0 – 7 pontos		Desnutrido <input type="checkbox"/>		
	(Nota: Assinalar com x o quadrado respectivo)					
	Ingestão Alcoólica	Em caso afirmativo				
		Consumo diário <input type="checkbox"/>	≤ 180ml/dia <input type="checkbox"/>	> 180 ml/dia <input type="checkbox"/>		
Consumo ocasional <input type="checkbox"/>		≤ 540ml/ocasião <input type="checkbox"/>	> 540ml/ocasião <input type="checkbox"/>			
(Nota: 180ml equivale a 1 bebida <i>standard</i>)						
MEDICAÇÃO	Gestão da medicação	O próprio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Especificar _____		
	Medicação habitual: _____				Nº _____	
	Reconciliação terapêutica		Antiagregantes: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Nº dias suspensão _____			

**Apêndice XVI – Monitorização da utilização do instrumento de avaliação pela
equipa de enfermagem**

Monitorização da utilização do instrumento de avaliação pela equipa de enfermagem

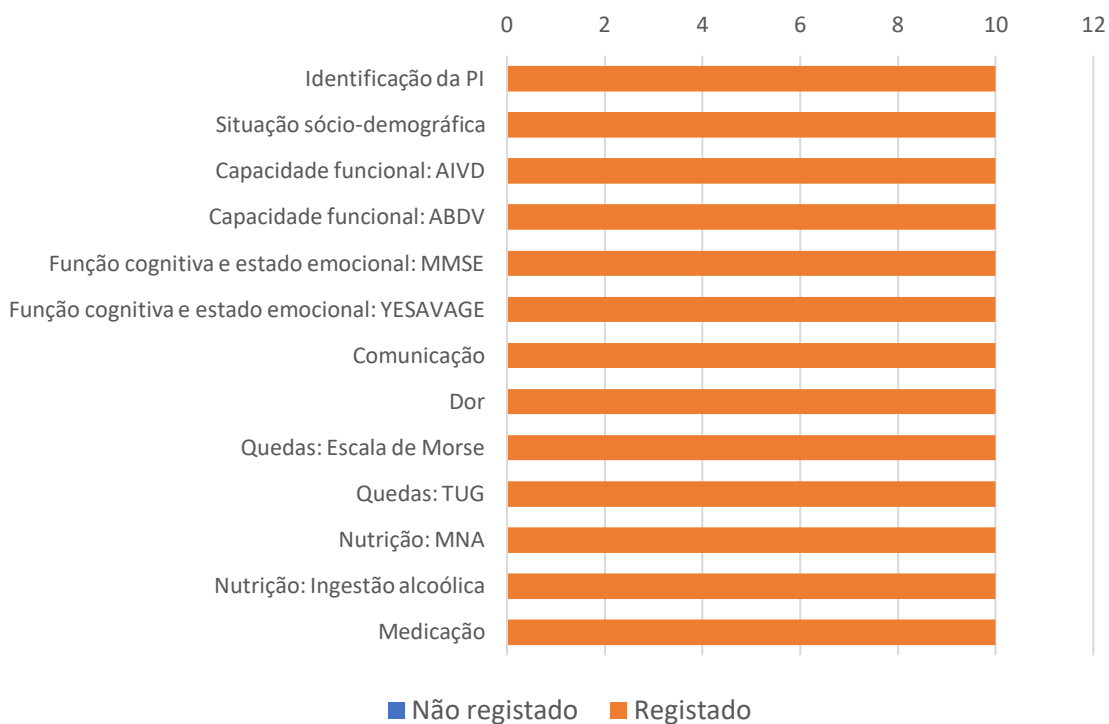
Entre o dia 9 de Janeiro e o dia 03 de Fevereiro de 2017 procedeu-se à implementação do instrumento de colheita de dados para avaliação multidimensional, durante quatro semanas.

No gabinete da consulta de enfermagem, foi colocado o guia orientador para ser utilizado como material de apoio, uma pasta devidamente identificada contendo exemplares do instrumento para preencher e outra pasta, para colocação do instrumento depois de aplicado. Efetuou-se a monitorização semanal da aplicação do instrumento de forma a assegurar que no momento da consulta de enfermagem pós-operatória não presencial de 7º dia se procedesse à validação do mesmo. De modo a facilitar o manuseamento dos processos de enfermagem no âmbito da referida consulta, optámos por organizar um segundo dossiê onde seriam colocados os processos de enfermagem dos participantes elegíveis e os respetivos instrumentos depois de aplicados.

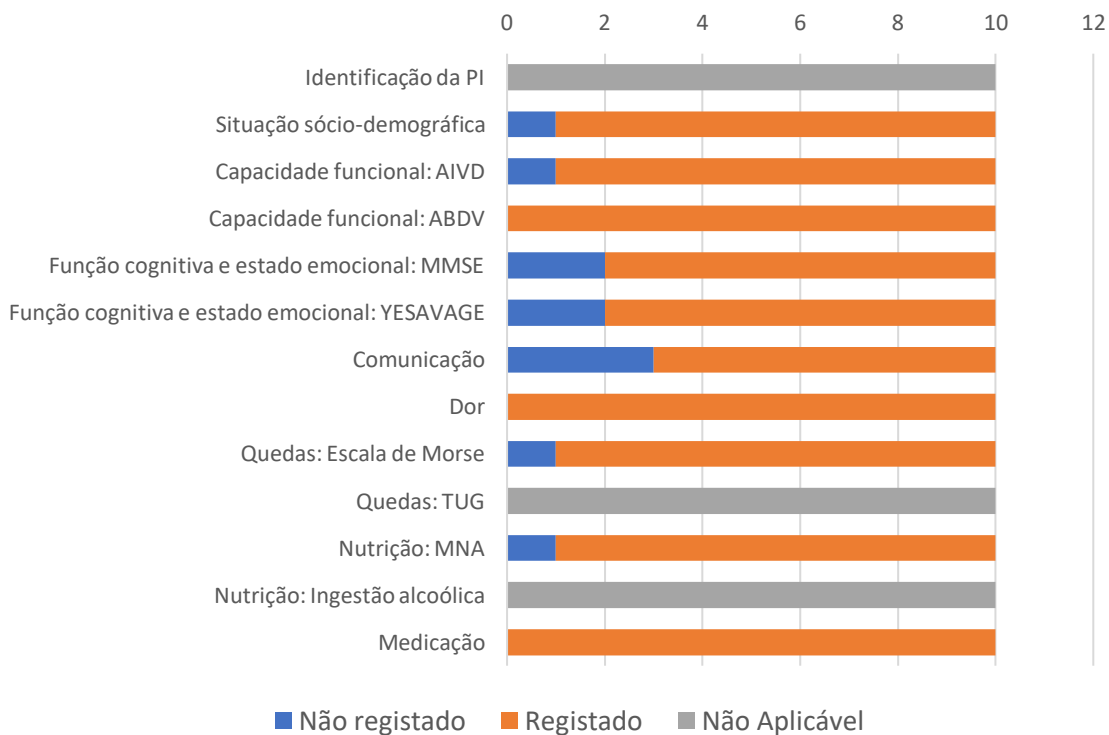
Durante o período definido, procedeu-se à avaliação e aplicação do instrumento a um total de dez participantes. Efetuou-se a análise dos domínios preenchidos nos dois momentos de avaliação estabelecidos:

- Consulta de Enfermagem Pré-Operatória
- Consulta de Enfermagem Pós-Operatória não presencial (Follow-Up) 7º dia

Avaliação Multidimensional - CE



Avaliação Multidimensional - Follow Up 7º dia



**Apêndice XVII – Análise dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de
avaliação**

Análise dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação

Os resultados obtidos resultam da aplicação do instrumento de colheita de dados para avaliação multidimensional, no período compreendido entre o dia 9 de Janeiro e o dia 03 de Fevereiro de 2017. Procedeu-se à avaliação e aplicação do instrumento a um total de dez participantes, considerados “APTOS” para admissibilidade em CA. Além da aplicação do instrumento, consultámos a folha de registos de enfermagem utilizada em contexto da consulta de enfermagem pré-operatória e o restante processo clínico dos participantes, de forma a conhecer e caracterizar a informação registada sobre a pessoa idosa no âmbito da implementação do projeto.

Caracterização sociodemográfica

Tabela 1 – Distribuição das pessoas idosas por idade

Idade	PI (n=10)	%
[65 - 70[	5	50%
[70 - 75[	3	30%
[75 - 80[	1	10%
>= 80	1	10%
Total	10	100%

Tabela 2 – Distribuição das pessoas idosas por género

Género	PI (n=10)	%
Feminino	4	40%
Masculino	6	60%
Total	10	100%

Tabela 3 – Distribuição das pessoas idosas por estado civil

Estado civil	PI (n=10)	%
Casado	9	90%
Viúvo	1	10%
Total	10	100%

Podemos constatar que a maioria da população em estudo tem idades compreendidas entre os 65 e 70 anos, é do sexo masculino e maioritariamente casada.

Tabela 4 – Distribuição das pessoas idosas de acordo com o suporte social e condições habitacionais

Suporte social	PI (n=10)	%
Centro de dia	0	0%
Apoio domiciliário	0	0%
Outro	1	10%
Sem suporte social	9	90%
Total	10	100%

Condições habitacionais	PI (n=10)	%
Prédio com elevador	7	70%
Prédio sem elevador	2	20%
Moradia	1	10%
Total	10	100%

Casa de banho	PI (n=10)	%
com banheira	4	40%
com duche	6	60%
Total	10	100%

Escadas	PI (n=10)	%
com corrimão	8	80%
sem corrimão	1	10%
sem escadas	1	10%
Total	10	100%

Podemos constatar que a maioria da população em estudo reside em prédio com elevador e utiliza escadas com corrimão. Todos possuem casa de banho e na sua maioria com base de duche.

Capacidade funcional

Tabela 5 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação do índice de Lawton

Capacidade funcional (índice de Lawton)	PI (n=10)	%
8	9	90%
9 - 20	1	10%
> 20	0	0%
Total	10	100%

Tabela 6 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação do índice de Barthel.

Capacidade funcional (índice de Barthel)	PI (n=10)	%
90 - 100	10	100%
60 - 89	0	0%
40 - 55	0	0%
20 - 30	0	0%
< 20	0	0%
Total	10	100%

Constatamos que a maioria da população em estudo é independente nas AIVD e independente nas ABVD.

Função cognitiva e estado emocional

Tabela 7 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação do MiniMental State Examination de Folstein

Função cognitiva: MMSE	PI (n=10)	%
0 - 5	0	0%
6 - 10	0	0%
11 - 15	0	0%
16 - 20	1	10%
21 - 25	6	60%
26 - 30	3	30%
Total	10	100%

Tabela 8 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação da escala de depressão geriátrica de Yesavage.

Estado emocional: YESAVAGE	PI (n=10)	%
0 - 5	10	100%
6 - 9	0	0%
> 9	0	0%
Total	10	100%

Constatamos que a maioria da população em estudo não possui declínio cognitivo nem presença de depressão.

Comunicação

Tabela 9 – Distribuição das pessoas idosas quanto à acuidade visual.

Comunicação: acuidade visual	PI (n=10)	%
Alterada sem ortótese	1	10%
Alterada com ortótese	9	90%
Não alterada	0	0%
Total	10	100%

Tabela 10 – Distribuição das pessoas idosas quanto à acuidade auditiva

Comunicação: acuidade auditiva	PI (n=10)	%
Alterada sem ortótese	8	80%
Alterada com ortótese	1	10%
Não alterada	1	10%
Total	10	100%

Podemos constatar que na sua maioria, a população em estudo, possui alteração da acuidade visual. Com exceção de 1 pessoa, confirma-se o uso de óculos em todos os que possuem alteração. A acuidade auditiva maioritariamente não se encontra alterada.

Dor

Tabela 11 – Distribuição das pessoas idosas quanto à dor aguda.

Dor aguda	PI (n=10)	%
presente	2	20%
ausente	8	80%
Total	10	100%

Tabela 12 – Distribuição das pessoas idosas quanto à dor crónica.

Dor crónica	PI (n=10)	%
presente	1	10%
ausente	9	90%
Total	10	100%

Constatamos história de dor crónica numa pessoa que concomitantemente verbalizou dor aguda associada à situação que motivou a intervenção cirúrgica. Nas restantes pessoas verificou-se a ausência de dor aguda ou crónica.

Quedas

Tabela 13 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação da escala de quedas de Morse (MFS).

Quedas: Morse	PI (n=10)	%
Baixo risco	9	90%
Médio risco	1	10%
Alto risco	0	0%
Total	10	100%

Tabela 14 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação do teste Timed Up and Go (TUG) para avaliação da marcha e do equilíbrio.

Quedas: TUG	PI (n=10)	%
Marcha estável com equilíbrio	8	80%
Marcha estável sem equilíbrio	2	20%
Marcha instável com equilíbrio	0	0%
Marcha instável sem equilíbrio	0	0%
Total	10	100%

Podemos constatar que na sua maioria, a população em estudo, apresenta um baixo risco de queda e marcha estável com equilíbrio.

Nutrição

Tabela 15 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação nutricional MNA

Nutrição: MNA	PI (n=10)	%
12 - 14	10	100%
8 - 11	0	0%
0 - 7	0	0%
Total	10	100%

Tabela 15 – Distribuição das pessoas idosas quanto à avaliação dos hábitos de ingestão alcoólica.

Ingestão alcoólica	PI (n=10)	%
Consumo diário <= 180 ml/dia	1	10%
Consumo diário > 180 ml/dia	8	80%
Consumo ocasional <= 540 ml/ocasião	0	0%
Consumo ocasional > 540 ml/ocasião	0	0%
Sem consumo	1	10%
Total	10	100%

Constatamos que a totalidade da população estudada apresenta um estado nutricional normal. O consumo de bebidas alcoólicas em quantidade superior a 180ml/dia foi de 80% na população em estudo.

Medicação

Tabela 16 – Distribuição das pessoas idosas de acordo com gestão da medicação.

Gestão da medicação	PI (n=10)	%
O próprio	6	60%
Cônjuge	2	20%
Filho/Filha	1	10%
Outro	1	10%
Total	10	100%

Tabela 17 – Distribuição das pessoas idosas de acordo com o número de fármacos consumidos.

Medicação habitual	PI (n=10)	%
Inferior a 5 medicamentos	3	30%
Superior a 5 medicamentos	7	70%
Total	10	100%

Podemos constatar que a gestão da medicação é maioritariamente feita pela própria pessoa e que na maioria da população em estudo se pode constatar polimedicação.